FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1967 N° 49

THESE

présentée pour le Doctorat en Médecine

par

SCHMITT Jean-Léon

né le 17 décembre 1940 à Thionville

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

APPLICATIONS CLINIQUES DE L'HYPNOSE EN PSYCHIATRIE

Président: M. Th. KAMMERER, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552706_0017

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1967 No 49

THESE

présentée pour le Doctorat en Médecine

par

SCHMITT Jean-Léon

né le 17 décembre 1940 à Thionville

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

APPLICATIONS CLINIQUES DE L'HYPNOSE EN PSYCHIATRIE

Président: M. Th. KAMMERER, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. CLAVERT Jean
Doyens honoraires	CALLOT Jacques
	FONTAINE René
Assesseur	CALLOT Jacques

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.	
ARON Claude	Histologie
BASSET André	Clinique Dermatologique
BUCK Paul	Chirurgie Infantile
CALLOT Jacques	Parasitologie
CHAMBRON Jacques	Physique Biologique
CHAUMONT André	Médecine Légale et Sociale
CLAVERT Jean	Embryologie
FONTAINE René	Clinique Chirurgicale A
GANDAR Robert	Clinique Gynécologique
GREINER Georges	Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
GROS Charles	Electro-Radiologie
JUNG Adolphe	Chaire de Pathologie et Clinique Séméiologique Chirurgicales
KAMMERER Théophile	Clinique Psychiatrique
KAYSER Charles	Physiologie
KLEIN Marc	Biologie Médicale
KORITKE Jean-Georges	Anatomie Normale
LE GAL Yvon	Anatomie Pathologique
MANDEL Paul	Chimie Biologique
METZ Bernard	Physiologie Appliquée
METZGER Henri	Thérapeutique
MINCK Raymond	Chaire de Bactériologie, Virologie, Immunologie Générale
NORDMANN Jean	Clinique Ophtalmologique
OUDET Pierre	Pneumo-Phtisiologie
SACREZ Robert	Pédiatrie et Puériculture
STAHL Jules	Clinique Médicale B
STEPHAN Frédéric	Pathologie Expérimentale
THIEBAUT François	Clinique Neurologique
VEDRINE Jean	Stomatologie
WAITZ Robert	Hématologie
WARTER Julien	Clinique Médicale A

MM.

WEISS Alfred	Clinique Chirurgicale B
N...	Hydrologie
N...	Hygiène
N...	Pharmacologie et Médecine Expérimentale

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM.

BRONNER Albert	Clinique Ophtalmologique
MARESCAUX Jean	Histologie
MARX Charles	Physiologie
MAYER Georges	Hématologie
ROHMER Francis	Clinique Neurologique
SEROR Joseph	Pathologie Chirurgicale
WINCKLER Georges	Anatomie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

BATZENSCHLAGER André	Anatomie Pathologique
BURGHARD Guy	Pneumo-Phtisiologie
DORNER Marc	Clinique Médicale B
KARLI Pierre	Biologie Médicale
MANTZ Jean-Marie	Clinique Médicale A
MULLER Pierre	Gynécologie et Obstétrique
WITZ Jean-Paul	Clinique Chirurgicale B

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

ADLOFF Michel	Clinique Chirurgicale B
APROSIO Norbert	Anatomie
ASCH Léopold	Clinique Médicale A
BLOCH Roger	Pharmacologie
BOCKEL René	Clinique Médicale B
BOLLACK Claude	Clinique Chirurgicale A
BRINI Alfred	Clinique Ophtalmologique
CHAMBON Pierre	Chimie Biologique
EBTINGER René	Clinique Psychiatrique
FINCKER Louis	Clinique Médicale B
GAUTHIER-LAFAYE Pierre	Département d'Anesthésiologie
GRENIER Jacques	Clinique Chirurgicale B

MM.	
HERAN Jacques	Pathologie Expérimentale
ISCH François	Clinique Neurologique
ISRAEL Lucien	Clinique Psychiatrique
JAHN Henri	Clinique Médicale B
JUIF Jean	Pédiatrie et Puériculture
KEILING Roger	Electro-Radiologie
KELLER Bernard	Gynécologie et Obstétrique (Maternité)
KEMPF François	Electro-Radiologie (Clinique Médicale A)
KEMPF Yvan	Pathologie Chirurgicale (Hôpital Stéphanie)
KIENY René	Clinique Chirurgicale A
KIRN André	Hygiène
KREMER Michel	Parasitologie
LANG Gabriel	Clinique Chirurgicale A
LAVILLAUREIX Jean	Bactériologie
LEVY Jean-Marc	Pédiatrie et Puériculture
MALEVILLE Jean	Clinique Dermatologique
Mme MAYER Simone	Hématologie
PHILIPPE Emile	Anatomie Pathologique
ROEGEL Emile	Pneumo-Phtisiologie
SACREZ André	Clinique Médicale A
SCHAFF Georges	Physiologie
SCHNEEGANS Ernest	Pédiatrie et Puériculture
SCHVINGT Eugène	Clinique Chirurgicale B
SCHWARTZ Jean	Pharmacologie
SIBILLY Abel	Clinique Chirurgicale A
VERGNES René	Physique Biologique
VINCENDON Guy	Chimie Biologique
WACKENHEIM Auguste	Electro-Radiologie (Clinique Neurologique)
WALTER Jean-Pierre	Electro-Radiologie
WARTER Pierre	Electro-Radiologie (Clinique Chirurgicale A)
WEILL Jean-Pierre	Clinique Médicale A
WILLARD Daniel	Pédiatrie et Puériculture

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	
JURKOWIC Vilo	Hématologie
PHILIPPIDES Demètre	Clinique Neurologique

AGREGES

MM.	CHAMPY	Stomatologie
	FRANK	Stomatologie
	KLOTZ	O.R.L.
	MARCOUX	Médecine Légale
	MEHL	Médecine Légale

AGREGES LIBRES

MM.	BEYER	MM.	KUHLMANN
	FORSTER		KUNTZMANN
	HOLLENDER		MULLER J.N.
			VOEGTLIN

DIRECTEUR DE L'INSTITUT DENTAIRE

M. le Professeur VEDRINE Jean

CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE

MM.	MATHIS	MM.	SINGER
	MOISE		TISSIER

SECRETAIRE PRINCIPAL DE LA FACULTE DE MEDECINE

M. Gilbert KIEHL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM.	ARON Max	MM.	ROHMER
	BURGER P.		SCHMID
	BENOIT		THIODET J.
	ROEDERER		VINTEMBERGER

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les improuver.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Th. KAMMERER

Directeur de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg

Qui a inspiré et dirigé ce travail.

La clarté de son enseignement, sa profonde compréhension des malades nous initient à la psychiatrie.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude pour la chaleur de son accueil et pour les conseils qu'il nous a prodigués dans l'élaboration de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur Agrégé L. ISRAEL

Son enseignement nous permet de découvrir progressivement des modes de compréhension nouveaux.

Nous le remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre Jury de Thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre fidèle et respectueux attachement.

Monsieur le Professeur Agrégé F. ISCH

Son enseignement nous a formé à l'étude de la neurologie. Au cours de notre année passée à la Clinique Neurologique, nous avons pu apprécier ses qualités de grand clinicien et la bonté qu'il sait témoigner à ses malades.

Qu'il nous permette de lui exprimer nos sentiments de reconnaissance et l'assurance de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Agrégé R. EBTINGER

Qui nous fait l'honneur d'être de notre Jury de Thèse.

En témoignage de reconnaissance pour la contribution qu'il accepte de fournir à notre formation psychiatrique.

A Monsieur le Docteur J.J. KRESS

Ses conseils tout au long de ce travail furent déterminants. Il a bien voulu nous accorder son aide de tous les instants dans l'élaboration et la rédaction de notre thèse.

L'amitié qu'il a bien voulu nous manifester nous est très précieuse.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur M. RITTER

Il nous a initié à la pratique de l'hypnose et à son utilisation thérapeutique. Ses conseils nous ont été précieux.

Nous lui exprimons nos vifs remerciements.

A Monsieur le Docteur R. DURAND DE BOUSINGEN

Il nous a enseigné la pratique du training autogène.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Aux médecins de la Clinique Psychiatrique

En remerciement pour l'aide qu'ils nous ont apportée au cours de notre travail.

A Monsieur le Docteur G. LANTERI-LAURA

dont l'enseignement, tout empreint de sa vaste culture, nous enrichit chaque jour.

Nous lui exprimons toute notre reconnaissance.

A Madame le Docteur M. LUTZ

dont nous avons été l'interne.

En témoignage de notre gratitude.

-SERMENT D'HIPPOCRATE-

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

L'art de guérir par la suggestion remonte à l'enfance de l'humanité. On en trouve des exemples chez les Egyptiens, les Hébreux et à travers toute l'antiquité. La première période significative dans l'histoire de l'hypnose remonte à Mesmer à la fin du XVIII° siècle. Pour lui, le pouvoir de guérison tenait à un magnétisme, distinct de celui de l'aimant, et qu'il appelait "le magnétisme animal". D'autres suivirent, tel que Puységur, qui croyait à l effet d'un "fluide", effet qu'il nomma "somnambulisme".

Au milieu du XIX° siècle J. Braid, chirurgien anglais, employa pour la première fois le terme d'"hypnotisme". Mais c'est avec Liebault que commence la grande période de l'hypnose. Il dégagea, d'une très abondante et méthodique pratique, l'idée de la suggestion. Son livre "Du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue du moral sur le physique", paru en 1866, suscita cependant peu d'intérêt. Mais Liebault fut suivi par Bernheim, qui fonda l'Ecole de Nancy, érigeant l'hypnotisme en méthode et proposant la définition suivante au congrès de l'hypnose en 1889 : "l'état hypnotique est cet état psychique particulier, susceptible d'être provoqué et qui augmente à des degrés divers la suggestibilité, c'est-à-dire l'aptitude à être influencé par une idée acceptée par le cerveau et à la réaliser" ; la suggestibilité est "l'aptitude à transformer l'idée en acte".

A la même époque à Paris, Charcot étudiait l'hystérie et c'est dans ce but qu'il s'intéressa à l'hypnose. Il en arriva rapidement à

une similitude des deux états et décrivit l'hypnose comme une "hystérie expérimentale". L'apparition des mêmes symptômes dans l'hystérie et dans l'hypnose conduisait à une explication physiologique commune à ces deux états. C'est cette perspective que l'Ecole de Nancy refusait et son opposition à l'Ecole de la Salpêtrière dura jusqu'à la mort de Charcot.

C'est à cette époque également que Freud s'intéressa à l'hypnose, prenant position notamment pour la Salpêtrière. Mais un fait le troublait particulièrement : si l'on arrivait à démontrer que les suggestions du médecin sont capables de provoquer l'hypnose, les critiques pouvaient alors prétendre la même chose à propos de la symptomatologie de l'hystérie. Si tel était le cas, il aurait fallu renoncer à établir les lois régulières touchant cette maladie, lois auxquelles Freud attachait la plus grande importance. C'est ainsi qu'il fut amené à modifier complètement le terrain de recherche pour le situer au niveau de la relation hypnotique, qui l'amena ensuite à la découverte de la psychanalyse.

A la suite de Charcot, Babinski insista sur les critères rationnels de l'hypnose pour se préserver de la simulation, et par conséquent de l'imagination, à laquelle il refusait toute valeur scientifique. L'intérêt pour l'hypnose tomba alors rapidement devant la remise en question de l'existence de signes physiques. Seul Janet continua, avec l'idée qu'un même trouble pouvait avoir une expression psychique ou corporelle, mais il ne fut pas suivi.

Les recherches continuèrent cependant à l'étranger. Pavlov arriva à l'hypnose à la suite de sa découverte des réflexes conditionnés. Des techniques dérivées furent mises au point : en 1925, Schultz instaura le training autogène. Flanders Dunbar lança, en 1935 aux Etats-Unis, la médecine psycho-somatique. En 1944, Kubie et Margolin tentèrent une

synthèse des théories psychanalytiques et des théories pavloviennes ; ces hypothèses furent reprises en partie plus tard par Gill et Brenman. Plus récemment en 1958, l'American Medical Association a approuvé un rapport sur l'usage médical de l'hypnose, la British Medical Association a exprimé un avis analogue. En Italie, il y a quelques années, fut fondée l'Association médicale italienne pour l'étude de l'Hypnose. C'est d'Allemagne enfin que nous revient l'hypnose, en particulier grâce à D. Langen, qui la définit comme "un état d'abaissement, parfois minime, du niveau de conscience préalablement rétréci, créé par des facteurs affectifs, état au cours duquel survient une régression des fonctions fondamentales de la personnalité : la pensée, l'affectivité, la volonté, en même temps qu'une régression des fonctions somatiques : ralentissement du pouls, abaissement de la tension, ralentissement de la respiration".

En France, le renouveau des théories pavloviennes, (notamment dans le développement des techniques d'accouchement sans douleur) constamment confrontées aux doctrines anglo-saxonnes sous l'impulsion de Chertok et de la Société de psycho-somatique, s'est révélé au Congrès International d'Hypnose et de Médecine Psychosomatique qui s'est tenu à Paris du 28 au 30 Avril 1965. Il est intéressant de constater que c'est le troisième Congrès consacré à l'Hypnose tenu à Paris, le premier ayant eu lieu en 1889 et le second en 1900.

Devant ce renouveau de l'intérêt pour l'hypnose, nous nous efforcerons de l'accueillir ici sans prévention. Mais cette dichotomie entre physiologique et psychologique, qui opposait déjà l'Ecole de la Salpêtrière à celle de Nancy, n'a pas entièrement disparu aujourd'hui. Il ne s'agit ici que d'une approche du phénomène par son application clinique en psychiatrie, mais l'héritage de Freud a modifié les données du problème. Nous serons ainsi amenés à considérer, dans l'analyse des résultats thérapeutiques, à côté de la profondeur de l'hypnose et de son efficacité sur les symptômes, les modifications de la relation médecin-malade.

CHAPITRE I

DESCRIPTION DE LA METHODE

La méthode hypnothérapique, telle qu'elle est pratiquée à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, dérive, au moins dans ses directives générales, de la méthode pratiquée par D. Langen.

Dans l'exposé de la méthode, nous distinguerons d'une part le déroulement d'une séance, d'autre part la conduite générale d'une cure hypnothérapique.

Il convient de signaler dès à présent, avant l'exposé proprement dit, deux écueils à éviter :

- d'une part une technique hypnothérapique trop rigide : la méthode doit être adaptée à chaque malade, à son niveau intellectuel et culturel ;

- d'autre part une technique trop souple : la méthode ne doit pas être déformée selon les fantaisies de chacun, selon les aléas de la subjectivité de l'hypnotiseur, afin que les fantasmes de toute puissance, auxquels peut mener la pratique de l'hypnose, restent contrôlables par le thérapeute.

Il apparaît donc nécessaire de toujours commencer le traitement par un entretien préliminaire.

Cet entretien comporte avant tout un examen psychiatrique avec l'anamnèse détaillée du patient, faisant formuler ses symptômes et explorant ses fantasmes.

En même temps, on pratique généralement un examen somatique minutieux, ainsi que les tests psychologiques.

Afin d'obtenir l'adhésion et le concours du patient, l'attitude du médecin est variable :

A Strasbourg, on utilise en général d'emblée le terme d'"hypnose" pour parler de cette technique au malade (alors que Langen conseille plutôt de l'éviter, au moins au début). On demande même souvent au malade ce que l'hypnose évoque pour lui, ceci dans le but de lui expliquer ensuite que le traitement hypnothérapique n'a que peu de rapports avec l'hypnose de foire.

Il est important alors de lui expliquer qu'il s'agit d'un "état particulier" de détente profonde qui doit l'aider à guérir, mais que pour arriver à cet état cela exige une participation active de sa part, cette participation ne signifiant évidemment pas complaisance ; il ne faut pas non plus que le patient s'attende à ce que les suggestions de l'hypnotiseur s'accomplissent automatiquement, sans aucune coopération de sa part.

"Laissez-vous aller à ce que vous dit ma voix, sans complaisance ni opposition" : cette phrase permet de se faire une idée de l'état d'esprit que doit avoir le patient pour une coopération valable. De la sorte, on peut prévenir le patient qu'il ne doit pas s'attendre au début de la séance à ce que ses yeux se ferment automatiquement et obligatoirement, mais que cela lui sera plus facile et agréable de le faire

quand on le lui dira.

Dans bon nombre de cas cependant, on évite d'utiliser le mot "hypnose" pour préférer le terme de "relaxation" ou simplement d'"état particulier" ; ceci permet d'une part d'éviter une désillusion du malade (qui attache à l'hypnose une vertu magique), d'autre part permet d'éliminer ses craintes de trop parler et de livrer quelque secret sous hypnose.

Lorsque cette notion de coopération, de "travail commun au patient et au thérapeute" (Langen) semble acquise, on pratique les tests de suggestibilité.

Ces tests permettent en principe de donner un exemple au patient de la façon dont les suggestions se réalisent, et de mieux le convaincre ainsi, tout en donnant au médecin une idée de l'état d'esprit du sujet.

Deux tests sont couramment utilisés :

- la chute en arrière : le sujet debout, le médecin lui demande de fixer un point au plafond, puis de fermer les yeux. Il l'invite ensuite à se concentrer sur ce qu'il va lui dire. Posant alors ses mains à plat sur les omoplates du patient, sans exercer de pression, le médecin l'avertit que, lorsqu'il retirera ses mains, son corps sera entraîné vers l'arrière par un mouvement qu'il n'a pas à redouter, car on empêchera sa chute. Puis le médecin réalise cette épreuve avec des suggestions formulées ainsi : "vous allez tomber en arrière, vous êtes attiré en arrière, c'est irrésistible ....". Le plus souvent le sujet a effectivement une tendance, plus ou moins marquée, à tomber en arrière.

- La chaleur du front . le médecin demande d'abord au patient de fermer les yeux, puis place sa main étendue très près du front du patient sans le toucher, tout en lui donnant des suggestions de front chaud. Par l'artifice de la chaleur de la main irradiant vers le front, le sujet ressent normalement une sensation de front chaud, plus ou moins intense, sauf en cas de résistance ou d'opposition naturellement.

En fait ces tests n'ont qu'une valeur relative, car on n'a pas pu mettre en évidence de rapport net entre suggestibilité et hypnotisabilité.

Ces préliminaires terminés, on commence la séance proprement dite en demandant au malade de s'allonger sur un divan, en s'assurant qu'il est bien à son aise, bras et jambes étendus, tête légèrement fléchie sur le corps. Il est préférable d'atténuer en même temps l'intensité de la lumière et des bruits extérieurs.

Il est possible de laisser quelques personnes assister à la séance sans que le patient en soit véritablement gêné le plus souvent.

La technique d'induction utilisée est la fixation du doigt associée à la suggestion verbale.

Le médecin demande au malade de fixer l'extrémité de son index placé dans le tiers supérieur du champ visuel du malade. Puis il le rapproche jusqu'à une vingtaine de centimètres - ce qui produit une convergence du regard - tout en maintenant l'index assez haut dans le champ visuel pour entraîner un certain plafonnement du regard. Ceci a surtout pour effet d'entraîner une fatigue oculaire. En même temps on demande au sujet de regarder fixement le doigt, en répétant inlassablement les sugges-

tions de paupières lourdes, yeux qui piquent... avec un débit monotone et une voix monocorde, basse, mais ferme, assurée et bien articulée :

"Regardez fixement et fortement la pointe du doigt, fixement et fortement la pointe du doigt, rien d'autre que la pointe du doigt, et écoutez ma voix qui vous parle ...
... les yeux piquent, les paupières s'alourdissent".

Le plus souvent les paupières du malade battent rapidement à ce stade ; le médecin, placé à côté du malade, observe ses pupilles et continue, au moment de la mydriase qui se produit généralement au bout de quelques minutes, par les suggestions de doigt flou et de fermeture des yeux :

" ... la pointe du doigt devient floue et trouble, de plus en plus floue et trouble ..."
" ... vous avez envie de fermer les yeux, vous avez envie de fermer les yeux, c'est comme une bonne envie de dormir, vous avez envie de fermer les yeux, vous fermez les yeux et vous gardez maintenant les yeux fermés".

En cas de non fermeture des yeux après fixation prolongée, on peut mettre la main sur les yeux du sujet ou encore éventuellement fermer doucement les paupières avec les doigts.

Il peut se produire d'emblée un battement des paupières avec une fermeture rapide des yeux.

Par contre, il peut n'y avoir aucune fixation du doigt, ceci chez des sujets de niveau assez bas le plus souvent ; dans ce cas il faut arrêter et expliquer.

On termine cette première phase d'induction par des suggestions d'"état agréable de calme, détente, décontraction, respiration calme et régulière".

Dans un deuxième temps et toujours par suggestion verbale, on va maintenant approfondir l'état dans lequel se trouve le malade par des épreuves successives de lourdeur du corps, d'immobilisation, de lévitation et de catalepsie du bras.

Pour obtenir cet état de lourdeur, on donne au patient des suggestions comparables, dans une certaine mesure, aux formules du training autogène.

En même temps, on peut utiliser le rythme respiratoire du sujet pour suggérer un approfondissement progressif de cet état de lourdeur. La forme de ces suggestions peut être :

> "les deux bras sont lourds, les deux jambes sont lourdes ; deux bras et deux jambes tout à fait lourds, décontractés, tranquilles. Chacun des muscles est décontracté ; dans tout le corps vous sentez cette lourdeur à chaque instant plus forte, à chaque respiration plus approfondie ...."

On peut toujours détailler plus ou moins la lourdeur généralisée selon l'impression de difficulté que donne le patient, ceci en faisant ressentir successivement la lourdeur dans chaque segment de membre et chaque articulation.

Lorsque la lourdeur généralisée paraît établie, on passe à un nouvel approfondissement de l'hypnose par l'épreuve d'immobilisation.

Pour cela on commence par des suggestions de lourdeur localisée et particulièrement intense dans un membre supérieur. Cette sensation de lourdeur extrême doit arriver à empêcher le sujet de bouger son membre supérieur à la demande du médecin. Pour une raison de commodité que nous verrons ultérieurement, on débute généralement par le bras du côté opposé à celui où se tient l'hypnotiseur.

Par ailleurs la formulation des suggestions doit être imagée, pour mieux frapper l'esprit du sujet : lourd comme du plomb, immobile comme pris dans un étau.

Il faut veiller également à ne pas faire ces suggestions au futur (le bras va devenir lourd), mais toujours au présent et de manière affirmative :

> "Le bras gauche est plus lourd que le reste du corps, le bras gauche est particulièrement lourd, vous sentez la lourdeur qui vient de l'épaule, descend dans le bras comme une coulée de plomb qui gagne le coude ; le coude devient lourd, tellement lourd qu'il est plaqué contre le plan du lit de tout son poids....
> L'avant-bras devient à son tour lourd jusqu'au poignet, puis la main et chacun des doigts ; chaque doigt est lourd, tout à fait lourd.
> Tout le bras est comme rempli de plomb, pesant, lourd, inerte ...
> Le bras gauche est tellement lourd qu'il est immobile, tout à fait immobile, comme pris dans un étau, presque impossible à mouvoir ...
> Vous pouvez essayer de bouger le bras gauche, vous verrez que c'est presque impossible tellement il est lourd et pesant..."

Le plus souvent le patient bouge très légèrement les doigts, remue imperceptiblement la main, mais son effort se limite à cela. L'immobilisation totale n'est obtenue qu'au bout de quelques séances.

Par contre si pendant l'immobilisation le sujet lève le bras de manière provocatrice, il vaut mieux arrêter, demander au patient d'ouvrir les yeux et se renseigner sur le degré de lourdeur qu'il a pu ressentir ; on lui

explique qu'il est fréquent que cela ne se réalise pas à la première séance. Si au bout de quelques séances aucune amélioration n'est obtenue, on arrête l'hypnose.

En cas d'immobilisation partielle ou totale, on continue de manière symétrique par la lourdeur et l'immobilisation du bras droit.

Avant de passer à l'épreuve suivante, on intercale des suggestions de repos, de calme, de détente, d'isolement du monde extérieur :

"Vous n'êtes pas gêné par les bruits du monde extérieur, vous êtes relié au reste du monde par ma voix que vous entendez toujours, état de repos ..."

On réalise alors l'épreuve de lévitation du bras :
On fait suivre les suggestions de lourdeur et d'immobilisation du bras droit par des suggestions de légèreté au niveau du même bras, c'est-à-dire au membre supérieur situé du même côté que le médecin ; en effet il est souvent nécessaire d'assister l'élévation du bras (et c'est pourquoi on a commencé la lourdeur et l'immobilisation avec le bras opposé).

La voix monte d'un ton, n'est plus aussi basse pour formuler ces suggestions de légèreté ; celles-ci, par ailleurs également répétitives et imagées (léger comme une plume) peuvent avoir la forme suivante :

"Maintenant cette lourdeur quitte le bras droit qui s'allège ; vous sentez que chacun des doigts s'allège, que le poignet s'allège, que le coude s'allège, que cette lourdeur quitte, s'écoule du bras droit, qu'il est léger, léger, de plus en plus léger, comme une plume qui ne demanderait qu'à s'envoler au moindre courant d'air ..."

La lévitation du bras doit souvent être assistée, au moins dans les premières séances ; pour cela, tout en continuant les suggestions

verbales, il suffit généralement de décoller doucement l'avant-bras et le coude du plan du lit pour qu'il continue son ascension tout seul ; il faut veiller en faisant cette manoeuvre à maintenir le bras allongé afin qu'il ne se produise pas une flexion au niveau du coude.

On continue les suggestions ainsi : "... le bras est léger, léger, tellement léger qu'il peut monter et effectivement il monte ; je vous le soulève un peu et vous sentez monter votre bras tout droit, agréablement, sans effort, agréablement il monte de plus en plus, il monte encore, etc...

il continue de monter jusqu'à la verticale, vous ne faites aucun effort, il monte tout seul, etc...

il est léger, léger et il monte, comme attiré par le bout des doigts, tout à fait léger, il monte encore, mais sans aucun effort, comme une plume dans le vent ... il monte toujours, jusqu'à la verticale, tout à fait lentement et sans effort, etc..."

En général le bras monte progressivement et lentement jusqu'à la verticale. Si la lévitation est très rapide et manifestement de complaisance, il faut passer outre et continuer la séance.

En cas de chute du bras alors qu'il était en train de monter, il faut rattraper le bras et le reposer doucement sur le plan du lit, puis continuer la séance (en se passant toutefois de l'épreuve suivante de catalepsie du bras, que l'on ne peut évidemment pas produire).

Le bras arrivé à la verticale, on réalise ensuite et sans transition la catalepsie du bras par des suggestions de bras raide, fixe, figé dans cette position verticale.

Une manoeuvre du médecin permet de mieux réaliser cet état : elle consiste à prendre la main, face palmaire en avant et à faire exécuter

une rotation externe de 90°, tout en maintenant le coude bien droit. Cette position inhabituelle pour le patient favorise la raideur du bras et modifie partiellement son sens des attitudes.

Pour obtenir la catalepsie du bras, les suggestions de bras raide, de muscles durs et fermes, peuvent avoir la forme suivante :

> "Lorsqu'il atteint la verticale, le bras se fixe, il se fixe dans une position tout à fait raide, ferme, forte, droite, comme un mât planté en terre, comme un poteau planté dans la terre, etc..
> il se fixe, raide, ferme, fort. Chacun des muscles de ce bras droit, vous le sentez se contracter comme du bois ou comme du fer, il est dur, raide, ferme, tout à fait tendu ...
> il est impossible de le mouvoir, il est complètement immobile, figé, mais sans fatigue, tout à fait immobile, impossible à plier tellement il est raide ; tous les muscles durs, tout à fait durs, contractés, fermes, raides et tendus, etc...
> tout le bras est agréablement contracté ; vous pouvez rester dans cette position sans aucune fatigue ..."

La catalepsie se termine par des suggestions de lourdeur de ce bras, qui "redevient agréablement lourd et descend doucement se reposer sur le plan du lit".

De nouvel les suggestions de repos et de détente sont faites maintenant ; elles vont conduire aux suggestions thérapeutiques, que l'on réalise toujours en fin de séance.

Ces suggestions thérapeutiques seront vues à propos de chaque cas clinique, mais on peut ici en donner quelques directives générales.

L'élaboration de ces suggestions se fait d'après la description des troubles qu'en donne le malade en évitant les formules abstraites ou négatives (par exemple : vous n'avez pas mal à la tête). Ces suggestions vont

dans le sens d'une détente, d'un relâchement, d'une indifférence à l'égard d'un organe ou d'une région ; par exemple dans une phobie cardiaque, la suggestion peut être : "le coeur fonctionne normalement en toute situation et toute circonstance".

Les formulations sont généralement brèves, comme les slogans de publicité (exemple : vous respirez à 3000 mètres). Enfin on adapte toujours les suggestions au niveau culturel du malade, en utilisant de préférence des formules imagées.

A titre d'indication et dans un cas très général (sans tenir compte du symptôme proprement dit), la forme de ces suggestions peut être par exemple :

> "Vous êtes dans un état de décontraction et de repos tout à fait agréable ; cet état de repos favorise la guérison et le retour des fonctions normales ; tranquille et détendu, confiance et sécurité, retour normal de toutes les fonctions ; vous accumulez de la force nerveuse grâce à cet état de repos profond que vous parvenez à réaliser ainsi, etc;..."

Après ces suggestions, il est conseillé de laisser le patient pendant quelques minutes dans cet état de repos sans lui parler :

> "Vous allez maintenant rester un petit instant dans cet état de repos et de récupération jusqu'à ce que vous entendiez à nouveau ma voix".

Pendant ce temps on peut même prendre l'assistance à témoin et parler du malade à la troisième personne pour expliquer comment s'est déroulée la séance, ce qui augmente l'effet de suggestion.

La dernière phase de l'hypnose est la reprise et le réveil. Le médecin demande au patient de bien écouter à nouveau la voix qui parle et

lui donne les suggestions de réveil. L'hypnothérapeute suggère d'abord au patient que lorsqu'il ouvrira les yeux il sera tout à fait en forme, sans fatigue ni céphalée, sans aucune sensation de lourdeur ou de gêne.

Puis les suggestions de réveil se font en comptant jusqu'à 6, de manière stéréotypée, avec une voix un peu plus forte :

" à 1, force dans les deux bras,
à 2, force dans les deux jambes,
à 3, inspirez profondément, expirez profondément ; la respiration est profonde, calme et agréable, le souffle revient,
à 4, vous bougez les deux bras, les deux bras obéissent à votre volonté, la force est revenue, vous bougez les deux jambes qui obéissent à votre volonté, la force est revenue (on insiste pour que les membres bougent),
à 5, la respiration est profonde et agréable, plus de lourdeur, déjà bien réveillé, en forme,
à 6, bien réveillé, en forme, ouvrez les yeux".

Quelques incidents peuvent survenir au cours du réveil :

- l'ouverture précoce des yeux est évitée en prévenant bien le patient avant de compter ;

- si le malade ne se réveille pas, on recommence d'abord à compter ; s'il n'y a pas de résultat, on le laisse reposer 5 minutes avant de refaire le réveil ; sinon on peut encore approfondir l'hypnose et recommencer,

- quelquefois le malade éprouve des sensations pénibles au réveil, des vertiges ou des nausées par exemple ; dans ce cas il faut refaire tout de suite une autre hypnose très courte avec des suggestions de "tête claire, bien en forme, reposé ..."

Le déroulement d'une telle séance d'hypnose dure vingt à trente minutes en moyenne, au début tout au moins, car ces séances vont se modifier partiellement au cours du traitement, comme nous allons le voir.

CONDUITE D'UNE CURE D'HYPNOSE

La fréquence des séances est de deux à trois par semaine, le nombre total étant très variable, entre trois et vingt.

Dans la mesure où il faut toujours adapter la méthode à chaque malade, vouloir établir un schéma global pour la conduite d'une cure d'hypnose paraît bien précaire. Cependant, tout en tenant compte de cette donnée, on peut admettre trois phases au traitement :

- une première partie consiste en un travail de technique : c'est la phase de réalisation des épreuves (une à quatre séances)
- la deuxième partie est la phase des suggestions thérapeutiques ; on limite les épreuves à la lourdeur avec immobilisation générale
- on termine enfin le traitement progressivement, en ne faisant plus qu'une séance par semaine (et même moins).

Deux ou trois entretiens avec le malade complètent ce traitement, afin d'utiliser la fixation au médecin comme "levier thérapeutique".

Par ailleurs l'exposé des 46 cas cliniques qui va suivre montrera les possibilités qu'offre l'hypnose de déboucher, le cas échéant, soit sur le training autogène en utilisant les formules suggestives de l'hypnose, soit sur une psychothérapie, souvent impossible avant le traitement hypnothérapique.

Une méthode particulière a également été utilisée, à la suite de l'hypnose, dans un petit nombre de cas : il s'agit de l'hypnose active graduée, qui relève à la fois du training autogène et de l'hypnose. Cette technique a été mise au point par Kretschmer et Langen et se déroule en quatre phases :

- tout d'abord a lieu l'apprentissage des deux premiers exercices du training autogène selon la méthode de Schultz -lour-

deur et chaleur- pendant 4 semaines.

- puis commence l'apprentissage de l'exercice de fixation du doigt. Comme au cours de l'induction de l'hypnose, on demande au sujet de fixer le doigt en lui expliquant au préalable que l'on va approfondir l'état obtenu dans le training autogène ; on ne donne aucune autre explication, ni suggestion verbale pendant que le sujet fixe le doigt. Quand les yeux se ferment (le sujet les ferme spontanément au bout d'un certain temps), on se contente d'induire "lourd-chaud" comme au cours du training autogène ; on termine enfin en faisant le réveil classique.
- Parallèlement à ces exercices, on met au point, au cours d'entretiens avec le malade, les formules suggestives intentionnelles aphoristiques qui lui conviennent (par exemple : "courageux et confiant, l'alcool m'est indifférent"). Au cours de la troisième phase de la méthode, on invite alors le patient à se représenter constamment cette formule, que le médecin répète d'ailleurs sur un ton monotone, après l'induction et les 2 exercices du training habituels.
- Le dernier stade de l'hypnose active graduée est la poursuite de la méthode par le patient seul
on l'invite à commencer les exercices en se concentrant sur un point imaginaire au niveau du front, puis à continuer comme il en a l'habitude.
L'intérêt de l'hypnose active graduée est donc de pourvoir le malade d'une méthode utilisable seul, tout en créant un état hypnoïde par la fixation imaginaire préalable.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

I METHODES DE TRAVAIL

L'étude clinique de l'action de l'hypnose comporte 46 cas traités par cette méthode à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg dirigée par le Professeur Th. Kammerer.

La période pendant laquelle ces malades furent traités s'étend sur quinze mois du début du mois de janvier 1966 jusqu'à la fin du mois de mars 1967.

La première difficulté rencontrée fut celle des indications de l'hypnose. Cette méthode pouvait-elle remplacer d'autres thérapeutiques plus connues ? Tel ne fut pas le cas.

En effet, l'hypnose fut appliquée, surtout au début, à toute une catégorie de cas délaissés :

- en raison tout d'abord de l'impossibilité de recourir à la psychothérapie verbale devant un QI trop bas, la négation de tout facteur psychologique dans la genèse de maladie ou le peu de capacités d'expression verbale
- en raison de la nécessité d'une thérapeutique rapide, une hypnose évoluant correctement donnant des résultats en quelques jours ou quelques semaines
- en raison de la personnalité très passive de certains malades, ne permettant guère une approche psychothérapique en profondeur demandant un effort de leur part

- en raison de la gêne apportée par le symptôme dans la relation médecin-malade : des troubles locomoteurs, une astasie-abasie, une incontinence urinaire, une aphonie par exemple peuvent disparaître par hypnothérapie, permettant par la suite plus facilement une psychothérapie classique.

C'est donc à ces patients peu abordables par les méthodes usuelles - training autogène et psychothérapie verbale - que fut proposée l'hypnose.

Une seule contre-indication fut établie : les psychoses, étant donné la possibilité d aggravation d'un délire à la suite de vécus de dissociations au cours de l'hypnose.

Il convient de signaler enfin que les sujets accessibles à une psychothérapie verbale ont pratiquement toujours été orientés dans ce sens d'emblée. Il n'a pas été question d'hypnose dans ces cas. Ceci a pour inconvénient de priver la recherche en hypnose des sujets les plus intelligents et les plus capables d'exprimer leurs vécus.

Dans les limites très larges que nous venons de fixer, le choix des malades s'est donc fait à la demande des médecins responsables des cas, ceci d'une part afin de voir ce que donnait cette nouvelle méthode, d'autre part afin d'essayer l'hypnose alors que rien d'autre n'avait réussi. La façon même dont nous exposerons ces cas résulte de ces faits, puisque nous avons classé les observations par affections traitées en huit groupes, au matériel clinique très variable quantitativement selon les groupes.

Nous avons ainsi distingué :

- Névrose hystérique (14 observations)
- Névrose post-traumatique (5 observations)
- Dépression et hypocondrie (8 observations)

- Ethylisme (5 observations)
- Affections psycho-somatiques (5 observations)
- Pathologie fonctionnelle de divers ordres (6 observations)
- Névrose obsessionnelle (1 observation)
- Névrose phobique (2 observations).

Un point essentiel est rapidement apparu et ressort déjà du classement précédent : la grande majorité des cas ont une symptomatologie corporelle (ainsi, par exemple, treize cas d hystérie sur quatorze sont des hystéries de conversion).

Cette notion, que nous tenterons d'approfondir au cours de l'analyse des résultats, doit être soulignée dès à présent, pour deux raisons :

- d'une part elle a été à l'origine de l'intérêt théorique porté à la méthode hypnotique : que peut nous apprendre l'hypnose sur les relations entre le langage et le corps, sur l'efficacité du langage appliqué directement au symptôme ?
- d'autre part, cette notion de manifestation corporelle des symptômes névrotiques est à l'origine de l'édification et de la mise au point des formules suggestives : celles-ci ont été orientées soit vers des suggestions précises et impératives destinées à faire disparaître un symptôme de conversion gênant, soit vers des suggestions plus générales destinées à obtenir un effet de sédation et de détente.
  Mais la mise au point de ces formules s'est heurtée aux difficultés éprouvées par les malades à formuler simplement et brièvement leurs symptômes à un niveau descriptif concret.

Le dernier problème soulevé par l'application du traitement hypnothérapique a été celui du mode de terminaison des cures. Sur quels critères pouvait-on s'appuyer pour terminer le traitement ? La disparition du symptôme était-elle un critère suffisant ?

Nous verrons au cours des observations qui vont suivre que l'hypnose "s'est suffi à elle-même" dans un certain nombre de cas ; par contre chez de nombreux patients le traitement a été poursuivi par les méthodes usuelles, mais il faut souligner que cela fut possible grâce au traitement hypnothérapique préalable, qui a rendu ces patients accessibles au training autogène, à la psychothérapie verbale ou encore à l'hypnose active graduée.

En tenant compte des considérations précédentes sur les problèmes soulevés par l'application de la méthode hypnothérapique, nous serons amenés à exposer les observations cliniques de la manière suivante : sur l'ensemble du matériel clinique quelques observations seront mises en relief et suffisamment détaillées, tant du point de vue anamnestique et biographique, que du point de vue de la cure d'hypnose, afin de retracer le déroulement des séances et leur évolution, comme un film montrant les modifications progressives de la symptomatologie aboutissant à la disparition du symptôme.

La majeure partie des observations sera évidemment rapportée plus succinctement, chaque observation comprenant d'une part un aperçu sur l'anamnèse, la biographie et la personnalité du malade, d'autre part, un bilan de la cure d'hypnose.

Ce bilan de la cure d'hypnose sera basé sur trois données :

- la profondeur de l'hypnose et la réalisation des suggestions (ainsi que le nombre de séances)
- l'évolution et le résultat sur le plan des symptômes
- l'influence de l'hypnose sur la relation psychothérapique et le contact.

Après ce bilan sera étudié le problème des mesures thérapeutiques à adapter éventuellement après la fin de la cure hypnotique.

Afin de préciser la notion de profondeur de l'hypnose, nous distinguerons, de la manière la plus simple, l'hypnose profonde, l'hypnose superficielle et, bien entendu, l'échec ou l'absence d'état hypnotique. Nous

admettons qu'une hypnose profonde est déjà obtenue lorsqu'on peut constater objectivement que toutes les épreuves sont parfaitement réalisées avec une très bonne catalepsie du bras vérifiée, et qu'une hypnose superficielle correspond objectivement à la réalisation de certaines des épreuves (lourdeur, immobilisation).

De multiples classifications de ces états hypnotiques existent certes dans la littérature ; celles de Charcot, de Liebault, de Bernheim sont intéressantes du point de vue historique, mais la multiplicité même de ces classifications fait preuve de leur fragilité.

A titre de référence, nous avons adopté la classification de Langen, la plus proche de la clinique, afin de préciser certains états hypnotiques particuliers. Cette classification distingue l'hypnose superficielle et l'hypnose profonde :

L'hypnose superficielle comprend deux stades :

- l'hypohypnose, correspondant au niveau de conscience de la relaxation
- l'état hypnoïde : c'est un état d'abaissement plus important du niveau de conscience correspondant à ce que l'on ressent avant l'endormissement, c'est-à-dire une sensation de lassitude, de légère obnubilation.

L'hypnose profonde comprend trois stades :

- le pseudo-sommeil, correspondant à un état de somnolence : le sujet imite le sommeil et a l'illusion lui-même de dormir, mais en réalité il ne dort pas. En effet au point de vue EEG, il y aurait absence de toutes les caractéristiques du sommeil
- un état transitoire

- le sommeil hypnotique enfin, qui ne présenterait aucune différence avec le sommeil spontané, même au point de vue EEG, sauf la persistance du rapport avec l'hypnothérapeute.

De toute façon, quel que soit le stade de l'état hypnotique, la suggestion thérapeutique "passe" à n'importe quel niveau, et "passerait" même plus facilement dans les états superficiels.

Après la notion de profondeur de l'hypnose, il convient également de préciser la notion de relation médecin-malade, que nous utiliserons au cours de l'exposé des cas.

Nous admettons que cette relation est nettement améliorée lorsque l'on constate moins de défenses de la part du malade, c'est-à-dire lorsqu'il accepte de s'examiner de lui-même, admettant "de l'intérieur" l'idée d'un lien entre ses troubles et ses conflits, collaborant ainsi activement au traitement et s'exprimant mieux.

Pour la clarté de l'exposé des cas cliniques, nous distinguerons dans chacun des huit groupes de diagnostics précédemment cités, les observations où le résultat global du traitement hypnothérapique est très bon, les cas améliorés et enfin les échecs.

- Un très bon résultat correspond à la disparition du symptôme, à l'amélioration nette de la relation psychothérapique et du contact, et enfin à la réalisation d'un état hypnotique généralement profond, mais parfois superficiel.

- Un cas amélioré correspond à la disparition partielle du symptôme ou au moins à l'amélioration nette de la relation psychothérapique et du contact, et enfin à la réalisation d'un état hypnotique profond ou superficiel.

- Un échec correspond évidemment à une symptomatologie non modifiée, sans amélioration de la relation psychothérapique, avec un état hypnotique variable (certains échecs thérapeutiques étant survenus après une hypnose profonde).

Un dernier point reste à préciser : la majorité des observations présentées ont été faites par les différents médecins de la Clinique Psychiatrique des Hospices Civils de Strasbourg ; les cas ont été consignés par écrit au fur et à mesure des séances, et nous avons pu avoir un entretien avec chacun des médecins à propos de leurs malades.

Nous ne pensons pas que cette diversité des sources d'information soit un inconvénient ; cette pluralité des hypnothérapeutes atténue au contraire la variabilité des impressions subjectives que l'on peut avoir en abordant un domaine tel que l'hypnose, et permet mieux d'en dégager les résultats.

II DESCRIPTION DES CAS

A. NEVROSE HYSTERIQUE

Ce groupe comprend 14 observations ; dans trois cas un très bon résultat a été obtenu (première observation détaillée), sept autres malades se sont trouvés améliorés par le traitement et enfin quatre cas ont été des échecs.

TRES BONS RESULTATS

1ère Observation : Mademoiselle M.A.S., employée de banque de 20 ans, hospitalisée pendant deux mois et demi à la Clinique Psychiatrique pour un retrocolis hystérique.

Anamnèse :

Le retrocolis s'est installé brusquement, trois mois avant l'admission : à l'occasion de la fête de la Toussaint, la malade est allée sur la tombe de son père, décédé quelques mois auparavant ; dans l'après-midi, en aidant sa tante, la tête s'est fixée toute droite, sans qu'elle puisse la baisser, puis la tête s'est inclinée vers l'arrière.

La malade consulte plusieurs médecins, sans amélioration ; une séance d'hypnose, pratiquée en position assise nuque contre le mur, aurait cependant apporté un certain relâchement du retrocolis, suivi aussitôt de récidive.

Mademoiselle M.A.S. est alors hospitalisée à la Clinique Neurologique de Strasbourg pendant trois semaines ; le retrocolis cède de façon transitoire et partielle à un traitement médicamenteux. La réapparition du symptôme moins d'une semaine après la sortie de la malade motive l'admission à la Clinique Psychiatrique.

Présentation et symptômes :

Le retrocolis oblige Mademoiselle M.A.S. à tenir sa tête pen-

chée en arrière de façon spectaculaire avec le cou tordu sur le côté.

Cette attitude est accompagnée de sourires crispés et de nombreuses grimaces, ayant un peu l'allure de tics.

Le théâtralisme de l'attitude rend le contact très irritant. En même temps la malade affiche une belle indifférence à l'égard de son symptôme, en parle avec détachement et désinvolture.

Elle ne semble pas concevoir l'existence d'un facteur psychologique dans la genèse de son symptôme : elle ne sait pas d'où vient son torticolis, et d'ailleurs, explique-t-elle, ce n'est pas en la questionnant qu'on arrivera à quelque chose : "si vous avez quelque chose au bras, ce n'est pas en vous questionnant que le bras pourra jouer".

Le côté provocateur de sa symptomatologie ressort nettement de l'entretien ; plusieurs médecins ont d'ailleurs déjà essayé de la soigner sans succès, précise-t-elle. Son ironie et son scepticisme quant à l'éventuelle efficacité d'une thérapeutique ne font pas de doute.

Un abord psychothérapique paraît donc extrêmement problématique.

Biographie :

Le père de Mademoiselle M.A.S. est mort à 55 ans d'un ictus, six mois avant le début du retrocolis ; elle le présente comme un être calme et gentil, peu sévère.

La mère est invalide depuis la mort du père, à la suite d'une opération de varices ayant entraîné une embolie pulmonaire ; les relations avec sa fille sont normales, dépourvues de toute sévérité également.

La fratrie comprend deux soeurs aînées, une soeur cadette et un jeune frère. Mademoiselle M.A.S. était une enfant gaie, exubérante, pleine de vie.

La scolarité fut assez bonne : certificat d'études réussi à 14 ans, puis CAP de comptabilité au lycée technique.

Après un stage de deux mois, elle est devenue employée dans une banque, trois mois environ après la mort du père.

Son travail lui plaît. Elle sort avec des amis, de temps en temps, plutôt en groupe, trouvant les garçons "trop entreprenants".

Tests psychologiques :

Les fonctions intellectuelles sont d'un niveau supérieur à la normale.

Le protocole est assez réduit, malgré une volubilité expressive et des manifestations émotionnelles multiples avec prise à partie de l'examinatrice.

Symptômes anxieux avec blocages, inhibition intellectuelle, perplexité devant une situation inattendue et non structurée avec refuge dans les petits détails et essais d'évitement de la difficulté.

Affectivité à la fois labile et anxieuse avec important refoulement pulsionnel et décharges impulsives dans les situations de tension prolongée.

Mécanisme de mise à distance et d'isolation des conflits avec projections revendicatrices. Tendances dépressives, sentiment de culpabilité et d'inachèvement. Préoccupations sexuelles obsessives, à base d'angoisse de castration avec revendication virile ; problème d'identification maternelle-féminine.

Réaction anxieuse manifeste à la planche fraternelle.

En conclusion : tableau franchement névrotique avec symptômes phobiques et obsessionnels, éléments dépressifs, insécurité anxieuse sur un fond de structure hystérique net.

LA CURE D'HYPNOSE

Un traitement de détente par l'hypnose est proposé à la malade. Elle se dit peu influençable, changeant difficilement d'avis.

On pratique un test de suggestibilité : la chute en arrière ; celle-ci est ébauchée, mais aussitôt freinée.

Au cours des 17 séances d'hypnose pratiquées, nous distinguerons cinq périodes correspondant, de manière quelque peu schématique, à l'évolution de l'état hypnotique, de la symptomatologie et de la relation médecin-malade.

La première période de la cure d'hypnose s'étend sur les quatre premières séances, échelonnées tous les deux jours.

La réalisation des épreuves s'effectue sans grande difficulté : dès la première séance l'induction est assez rapide, la malade offrant ensuite un aspect de profond repos, vérifié par l'hypotonie d'un bras. Une immobilisation partielle est également obtenue d'emblée, la malade bougeant encore légèrement la main au cours des deux premières séances. A la troisième hypnose, l'immobilisation totale étant obtenue, l'épreuve de lévitation est tentée : le bras monte avec l'aide du médecin, la malade esquissant un léger sourire ; la catalepsie est ensuite nette et objective. Toutes les épreuves se déroulent correctement au cours de la quatrième séance.

Les suggestions sont faites d'emblée, dès la première séance ; elles sont de trois ordres :

- suggestions générales de calme, détente, décontraction musculaire,
- suggestions de lourdeur des membres irradiant vers la nuque ; nuque détendue et souple,
- suggestions de possibilité de mouvoir la tête et de regarder n'importe où et n'importe qui (basées sur l'hypothèse que la position de la tête, qui empêche la malade de regarder devant elle ou vers le bas, est un moyen de défense pour ne pas voir certaines choses ou certaines personnes).

Au cours de la deuxième séance, des suggestions indirectes du même ordre sont également faites.

Quel est le vécu de la patiente pendant la séance ?
A l'induction, le doigt est rapidement apparu gros et double ; les yeux piquaient, ce qui donnait envie de les fermer. La lourdeur est bien ressentie d'emblée dans les membres, puis dans la nuque. En même temps, la malade parle d'une sensation agréable d'endormissement. La lévitation du bras est par contre vécue comme une certaine gêne ; la patiente aide un peu, trouvant "drôle" le fait que le bras doive s'élever par lui-même.

Au cours de cette période, le symptôme s'atténue passagèrement après chaque hypnose, à partir de la deuxième séance : les mouvements de rotation de la tête sont plus faciles, mais la rigidité revient peu de temps après et les douleurs à la mobilisation persistent.

On peut se demander si le symptôme n'a pas été attaqué trop tôt par les suggestions, les résistances de la malade étant encore vives à ce stade du traitement.

En effet, la relation médecin-malade est d'abord caractérisée par une certaine agressivité : Mademoiselle M.A.S. affiche une incompréhension totale à l'égard d'une telle thérapeutique, n'est pas contente, se plaint d'avoir mal dormi ; cette agressivité fait rapidement place à son ironie à l'égard du traitement : cette attitude paraît bien être un moyen de défense, les épreuves étant par ailleurs parfaitement réalisées. La malade concède bien l'amélioration passagère, mais prévient déjà le médecin : "ne laissez pas passer trop de jours, sinon tout sera à nouveau crispé".

Finalement cette première période de la cure d'hypnose donne un peu l'impression d'une prise de position des deux protagonistes : le médecin agissant surtout par suggestion et la patiente se défendant par son ironie.

La deuxième période du traitement comprend les 5e, 6e et 7e séances, réparties sur une semaine.

Les épreuves sont toujours bien exécutées, l'ascension du bras se produisant spontanément, suivie d'une catalepsie excellente de tout le membre.

Les suggestions ne sont pas modifiées par rapport aux premières séances.

Le vécu de la malade se caractérise au cours de cette période par la sensation d'ascension spontanée du bras, sans aucune aide de sa part ; ce phénomène l'intriguant toujours beaucoup, on lui explique sommairement que l'état particulier dans lequel elle se trouve permet d'agir sur le système musculaire.

Le retrocolis persiste toujours pendant la semaine, avec des améliorations partielles après les séances. A la 7e hypnose, la malade parle d'une impression de tête tirée en arrière quand elle se relâche.

Le lendemain, le cou retrouve brusquement une mobilité normale, d'abord pendant quelques minutes, puis de façon permanente. Le retrocolis a pratiquement disparu.

Comment évolue la relation médecin-malade et le contact pendant cette semaine ?

L'ironie de la malade, qui était un moyen de défense, est plutôt maintenant une manière de participer à un jeu avec l'hypnothérapeute ; ainsi, après la 5e séance, à la question : "Pourquoi riez-vous ?", la malade répond : "Pourquoi voulez-vous toujours savoir ?" ; au cours de la 6e séance le médecin a d'ailleurs un moment une envie de rire incontrôlée que la malade perçoit parfaitement. En fin de compte, on a l'impression que la patiente lâche son symptôme dans une certaine mesure "pour faire plaisir" à son partenaire.

La troisième période de la cure d'hypnose comprend les cinq séances suivantes, de la 8e à la 12e, échelonnées également tous les deux jours. Le traitement est poursuivi à des fins de consolidation, la malade conservant encore quelques séquelles de son retrocolis, notamment au cours des repas.

Le déroulement des séances est toujours le même, autorisant un arrêt des épreuves, (immobilisation, lévitation et catalepsie du bras), jugées inutiles, à partir de la 10e séance.

Les suggestions du début sont toujours répétées et renforcées :

- " vous pouvez et osez regarder ce que vous voulez",
- " les mouvements de la tête obéissent à votre volonté ; aucun mouvement parasite ne se manifeste".

Les suggestions insistent également sur la persistance de la décontraction lors des repas.

Le vécu de la malade est toujours très agréable ; elle suit la voix et ne pense à rien d'autre pendant la séance. Elle parle d'une impression de glisser, de ne plus avoir de volonté.

La disparition du symptôme persiste toujours de façon très nette. Au début la malade n'y croyait pas ; elle est allée se promener, en dehors de l'hôpital, un peu pour éprouver la solidité du résultat, précise-t-elle.

Cependant quand elle mange ou quand elle garde la tête immobile, se produisent par moments des tremblements latéraux de la tête ; quelquefois le cou fait encore un mouvement d'extension, quand elle mange uniquement et de façon variable selon les jours.

De toute façon, précise-t-elle, elle n'aime pas trop ce qu'elle mange à l'hôpital.

De ces séances se dégage l'impression que la patiente se ménage encore quelques petits symptômes, afin que la relation persiste sur ce mode, ou que le jeu continue.

Les 13e et 14e séances nous permettent de distinguer une quatrième période à cette cure d'hypnose.

Cette période a été précédée par une semaine sans aucune séance, provoquant les récriminations de la malade : "qu'est-ce que vous allez me faire comme traitement maintenant ? j'ai rien eu toute la semaine dernière".

Les séances sont caractérisées par des suggestions nouvelles :
- tout d'abord des suggestions répétées de calme, confiance, sécurité, détente, assurance et force,
- ensuite des suggestions sous la forme suivante : "c'est grâce à cet état de confiance que vous vous sentez forte, au point de pouvoir vous laisser aller à être aimable - grâce à cet état de confiance, forte en n'importe quelle circonstance au point de pouvoir vous laisser aller à être aimable et tendre",
- enfin suggestion formulée comme un slogan : "Amabilité et plaisir valent mieux que rigidité et déplaisir".

L'état hypnotique est beaucoup plus superficiel au cours de ces deux séances ; le vécu de la malade est également moins agréable. Elle ouvre les yeux un bref instant lors des suggestions au mot aimable et se rend très bien compte que son état de repos n'est plus aussi profond. La malade énonce d'ailleurs après la séance la dernière formule suggestive pour demander en quoi cela peut influer sur son cas.

Si le retrocolis a définitivement disparu, la tête part toujours de temps en temps en arrière au moment des repas ; Mademoiselle M.A.S. présume que cela se produit quand elle laisse la tête trop longtemps dans une même position.

La relation médecin-malade est à nouveau nettement plus tendue durant cette période. Est-ce dû à l'absence de séance (apparue comme un

sevrage brutal à la malade) pendant une semaine ? Ou plutôt aux nouvelles suggestions, plus directes et interprétatives ? (on parle en effet à la malade de plaisir et d'amabilité, jouant sur la double interprétation possible du dernier terme : être aimable c'est être gentil, mais être aimable c'est aussi pouvoir être aimé).

Sans que le retrocolis réapparaisse pour autant, la malade se défend avec la dernière petite manifestation de son symptôme.

La dernière période de cette cure d'hypnose comprend les trois dernières séances ; elles ont été plus espacées, une semaine environ s'écoulant entre chaque séance.

Les suggestions sont sensiblement modifiées :

- "nuque pesante, mollement étalée, flaccide
- la nuque restera molle et détendue, même quand vous mangerez
- aucune raison pour que les anciennes crispations reviennent
- vous êtes assez aimable pour n'avoir pas besoin de raidir le cou ni de redresser la tête pour vous défendre".

Le vécu de la malade est à nouveau un état de repos plus profond qu'aux séances précédentes ; elle est également plus détendue.

Les derniers troubles ressentis par la malade au moment des repas disparaissent finalement. Deux week-end passés dans sa famille se déroulent bien ; elle se plaint cependant de ne plus supporter le bruit à la maison et fait état de quelques douleurs ressenties dans la nuque à cette occasion.

Les trois dernières séances ont donc permis à la malade d'abandonner les dernières sequelles de sa symptomatologie. A sa sortie, Mademoiselle M.A.S. fait encore un séjour d'un mois en maison de repos, puis reprend son travail.

Un contrôle effectué auprès de son médecin-traitant plus d'un an après sa sortie permet de constater qu'il n'y a plus eu aucune plainte ni aucune douleur depuis cet épisode ; Mademoiselle M.A.S. n'a d'ailleurs jamais arrêté son travail depuis son hospitalisation.

Au terme de l'exposé de ce cas, quelles conclusions pratiques peut-on en retirer ?

Dans cette hystérie de conversion, l'ironie, le scepticisme et la passivité à l'égard de toute thérapeutique d'une part, l'indifférence à l'égard du symptôme d'autre part, rendaient des plus problématique sune psychothérapie verbale ou un training autogène ; sept séances d'hypnose ont permis, en l'espace de deux semaines, la disparition de la quasi-totalité du symptôme, les dix séances suivantes ayant ensuite consolidé ce résultat.

Le déroulement des séances d'hypnose est certainement apparu par moments comme un jeu entre les deux partenaires, mais il est permis de se demander si ce jeu n'est pas justement une manière, pour la malade, d'échanger son symptôme contre un plus grand plaisir obtenu au cours de l'hypnose, c'est-à-dire d'accepter son transfert grâce au véhicule et au langage de l'hypnose. Les sources même de ce plaisir constituent certes le fond du problème, mais sortent du cadre de cet exposé du cas. Par ailleurs, la structure névrotique de la malade n'a sans doute pas été modifiée par l'hypnothérapie, mais tel n'était pas le but du traitement.

2ème Observation : Un second très bon résultat a été obtenu dans le cas de Mademoiselle H., infirmière de 35 ans, hospitalisée pendant deux mois et demi pour une hémiplégie hystérique.

Dans les antécédents de la malade, on note un très long passé d'accidents hystériques depuis l'adolescence. Depuis un an sont apparues des crises convulsives d'allure comitiale et un mois avant l'admission s'est installée brutalement une hémiplégie. Un bilan neurologique s'est révélé

entièrement négatif, l'EEG ne montrant en particulier aucun signe de comitialité, ni de foyer.

A l'admission, Mademoiselle H. se plaint d'une impotence du bras droit, de douleurs dans le membre inférieur droit, de céphalées et enfin de crises convulsives nocturnes. La personnalité de la malade est infantile dans ses réactions et très dépendante. Elle affiche par ailleurs une telle indifférence à l'égard des symptômes.

La cure d'hypnose se déroule en 20 séances ; durant la première moitié, les épreuves sont difficilement réalisées, l'état hypnotique devenant plus profond au cours de la seconde moitié du traitement.

L'amélioration des symptômes suit de très près la profondeur de l'état hypnotique : très lentement progressive au début (la malade commençant à mouvoir un peu la main), puis plus rapide ensuite. A la sortie tous les symptômes ont disparu en dehors de quelques rares céphalées et Mademoiselle H. peut reprendre son travail. Un traitement psychothérapique ultérieur permettra d'aborder la névrose au niveau de la personnalité plutôt que des symptômes.

3ème Observation : Ch. K., 25 ans, marié, peintre, hospitalisé pendant trois semaines à la Clinique Psychiatrique pour un état d'amnésie concernant toutes ses références d'état civil : nom, adresse, date de naissance, profession, situation de famille.

C'est après trois jours d'errance dans Strasbourg que ce sujet est allé spontanément au Commissariat de Police, qui l'a adressé à la Clinique. Il n'est pas confus et décrit même avec précision son emploi du temps pendant sa fugue.

Il s'agit d'un peintre en chômage, couvert de dettes et menacé de saisies judiciaires. Les troubles du comportement ont déjà amené des hospitalisations à la Clinique Psychiatrique en 1956, au Hasenrain en 1964 et à

Stephansfeld en février 1966. Une expertise avait été faite par le Professeur Israel en 1964 à l'occasion d'un outrage public à la pudeur. Cette expertise concluait à un syndrome névrotique basé sur un sentiment d'infériorité, pour lequel un traitement psychothérapique avait été conseillé.

Une cure de cinq séances d'hypnose est entreprise, à raison d'une séance par jour. Les épreuves sont remarquablement effectuées, avec en outre une hyperesthésie cutanée, entraînant une secousse de rétraction du membre à l'affleurement du crayon.

Avant la séance, on annonce au sujet que durant l'hypnose, sorte de sommeil et de détente profonde, des souvenirs et des images pourraient venir, qu'il dira ensuite. On lui suggère alors de penser à son enfance, à ses parents : "ces souvenirs appartiennent à votre mémoire". Effectivement, le patient retrouve progressivement des séquences mnésiques de plus en plus importantes, et recouvre toute sa mémoire le cinquième jour.

Il paraît certain que le comportement du sujet devant une situation de crise est de nature hystérique (le refuge dans l'amnésie). En évitant tout procédé inquisitorial, l'hypnose apparaît comme un moyen très commode pour le sujet de retrouver sa mémoire par le biais de cet état (sans pour autant éviter l'apparition d'un nouveau symptôme de conversion à la prochaine situation de crise).

CAS AMELIORES

4ème Observation : Madame G., 57 ans, hospitalisée pendant trois mois pour troubles de la déglution évoluant depuis 3 ans. Ces troubles concernent les solides et les liquides, mais prédominent sur ces derniers. Un bilan radiologique n'a pu mettre en évidence aucune cause organique.

La personnalité de la malade est également infantile et dépendante, mais il n'y a pas de névrose nettement structurée ; aucun conflit ne peut d'ailleurs être mis en évidence pour expliquer ce symptôme de conversion.

24 séances d'hypnose sont très bien réalisées, avec des suggestions du type : "votre gorge est ouverte ; les liquides et les solides passent normalement".

L'amélioration du symptôme est lentement progressive ; au début la malade déglutit mieux dans l'heure qui suit l'hypnose; puis les solides sont absorbés normalement. Au moment de la sortie, seuls les liquides présentent encore quelques difficultés à la déglutition. Le traitement est poursuivi à domicile par une hypnose active graduée.

5ème Observation : C.B., 27 ans, marié, ouvrier, hospitalisé pendant trois mois également pour des troubles de la déglutition.

Le malade présente une anorexie élective aux solides liée à des sensations de striction laryngée et d'étouffement, ayant entraîné un amaigrissement important. Aucune lésion du tractus digestif ne peut être constatée. C.B. est en arrêt de travail depuis 6 mois.

L'intelligence du malade est moyenne, mais devant les difficultés importantes d'expression verbale, une cure de 12 séances d'hypnose est entreprise.

La réalisation des épreuves est parfaite et les troubles de la déglutition regressent complètement, mais le malade axe alors ses plaintes sur une sensation de "tremblement intérieur" dont le début remonte à l'enfance. Le traitement est alors poursuivi par un choc amphétaminique et des entretiens psychothérapiques, permettant une légère amélioration.

6ème Observation : Mademoiselle E.B., 15 ans, hospitalisée pendant deux mois et demi pour hystéro-épilepsie.

La malade présente en effet des crises d'épilepsie avec EEG perturbé ; à la suite d'un conflit avec la mère est apparu une recrudescence des crises, accompagnée de symptômes de conversion : astasie-abasie, incontinence urinaire, surdité et cécité passagères.

Mademoiselle E.B. présente par ailleurs des troubles caractériels, un QI à 80 avec 18% de détérioration mentale pathologique.

8 séances d'hypnose sont progressivement bien réalisées, une très bonne catalepsie du bras étant obtenue ; le traitement anticomitial est en même temps réajusté.

La symptomatologie régresse (la malade marchant normalement dès la deuxième séance), mais il persiste à la sortie de petits épisodes d'insomnie et d'énurésie nocturne. On note une très nette amélioration de l'activité EEG.

Le contact est également amélioré ; la malade est envoyée en maison de repos.

7ème Observation : Madame F.P., 48 ans, transférée d'un service de médecine pour différents symptômes de conversion : astasie-abasie, douleurs lombaires, douleurs au niveau des deux membres inférieurs, céphalée, asthénie, insomnie. Un bilan somatique ainsi qu'un EEG se sont révélés normaux. Les antécédents de la malade sont marqués par une lombo-sciatique gauche en 1950, entraînant un congé de maladie de trois ans, puis une hystérectomie en 1961.

La personnalité de la malade est hystérique, revendicatrice, avec un QI à 75. Une situation familiale conflictuelle et quelques éléments dépressifs sont notés.

Un traitement par 7 séances d'hypnose, associées à un antidépresseur, est entrepris ; les épreuves sont très bien exécutées et des suggestions de calme, de confiance, de bon fonctionnement corporel, de jambes solides et fortes, se montrent efficaces.

L'amélioration est très rapide et très nette ; la malade est satisfaite, ne conservant que quelques troubles mineurs (légère fatigue dans les jambes).

8ème Observation : Mademoiselle T.J., 26 ans, hospitalisée pendant deux mois pour une aphonie ainsi que des paresthésies de l'hemicorps gauche, des douleurs abdominales et pelviennes droites et des céphalées.

La malade avait déjà été hospitalisée en 1963 pour une aphonie hystérique ayant cédé passagèrement à des narco-analyses et même à des simples ijections intra-veineuses de calcium.

Mademoiselle T.J. est très émotive et irritable ; son niveau mental est celui de la débilité légère. Il existe par ailleurs une situation familiale conflictuelle.

Le bilan neurologique, radiologique et EEG est normal.

Le déroulement des séances d'hypnose est difficile : l'induction doit souvent être recommencée plusieurs fois, la malade est souvent agitée, la lévitation et la catalepsie du bras ne peuvent être réalisées ; une hypo-hypnose est cependant obtenue.

L'aphonie cède dès la première séance, mais les autres symptômes ne sont guère modifiés.

La relation médecin-malade est améliorée, mais après la sixième séance, la malade raconte un souvenir qui lui revient au début de chaque hypnose : une tentative de viol subie à l'âge de 23 ans ; cette association persistante risquant de compromettre la relation transférentielle, l'hypnothérapie est arrêtée et le traitement poursuivi par des entretiens psychothérapiques.

9ème Observation : Mademoiselle Y.P., 35 ans, hospitalisée pendant deux mois pour une boiterie du membre inférieur gauche persistant depuis plusieurs mois, ainsi que pour une asthénie.

On note des antécédents d'anorexie mentale et surtout un passé médical et chirurgical d'une richesse extraordinaire avec de multiples hospitalisations et interventions, ayant fini par entraîner un état de maladie iatrogène. La malade semble difficilement récupérable ; il existe de nombreux

bénéfices secondaires ; elle est invalidée et n'a aucun intérêt à guérir.

La personnalité est hystérique. Mademoiselle Y.P. est revendicatrice, cherche à prendre le médecin en défaut, est très irritante. Aucun abord psychothérapique ne paraît possible.

Les séances d'hypnose sont difficiles, réalisant une hypohypnose sans immobilisation partielle au début, mais avec un vécu de lourdeur et de repos agréable. Elles permettent pendant le silence, le surgissement de matériel non révélé lors des entretiens, ainsi qu'une amélioration du contact.

La boiterie disparaît complètement après la cinquième séance, sans qu'il y ait eu de suggestions la concernant. Au cours des deux séances suivantes, la malade semble faire du théâtre. Elle explique sa guérison par le fait qu'elle a plus de force maintenant, ne veut plus de l'hypnose et veut rentrer chez elle. Il s'agit donc vraisemblablement d'une réaction de fuite dans la guérison.

10ème Observation : J.P.R., 21 ans, hospitalisé pendant trois semaines pour des crises épileptoïdes.

La première crise s'est déclenchée en 1964 pendant le service militaire, à la suite de difficultés avec ses supérieurs. Par la suite des crises très fréquentes ont entraîné d'abord une réforme, puis une revendication de rente. Le bilan neurologique n'a rien révélé de pathologique.

Les crises sont très spectaculaires : gesticulations et cris sans morsure de langue, ni perte des urines.

Les tests psychologiques concluent de la manière suivante : symptômes hystériques chez un sujet très infantile ; agressivité mal contrôlée, passivité et asthénie.

Au cours des séances d'hypnose, les épreuves sont très bien exécutées avec une très bonne catalepsie du bras. On entreprend des suggestions de calme, de sécurité, de maîtrise des nerfs.

Le vécu est une sensation agréable de détente. Au bout de trois séances, J.P.R. se sent à nouveau tout à fait bien ; il n'y a plus de crise et le malade reprend son travail à la sortie.

Les crises se renouvellent cependant un mois plus tard, mais de façon très espacée ; puis la fréquence croissante de ces crises, à la suite d'une nouvelle contrariété, nécessite sa réadmission quatre mois après sa sortie.

Une nouvelle cure de 3 séances d'hypnose est faite en l'espace de 3 semaines, à la demande d'ailleurs du patient. Toutes les épreuves sont à nouveau parfaitement réussies. Le vécu de J.P.R. est une sensation de bien-être, qui le rend euphorique.

Les crises, très fréquentes à son admission, cessent rapidement et le malade quitte le service à nouveau rétabli. Il est à noter que le changement d'hypnothérapeute à la seconde hospitalisation n'a suscité pour le malade aucune difficulté.

E C H E C S

11ème Observation : Mademoiselle M.S., 39 ans, hospitalisée pendant un mois pour céphalalgies et asthénie évoluant depuis plusieurs années, au point d'entraîner un arrêt de travail depuis deux ans.

Il s'agit d'une personnalité hystérique infantile et immature, aux possibilités intellectuelles limitées (QI à 83), qui semble tirer de la situation d'importants bénéfices secondaires.

Deux séances d'hypnose échouent complètement : à la fermeture ordonnée des yeux, Mademoiselle M.S. les rouvre immédiatement à trois reprises, puis finit par les garder fermés ; à la pesanteur, dès que l'on parle des genoux, la patiente ouvre à nouveau les yeux, expliquant après de multiples grimaces qu'elle a eu peur. Aucune pesanteur n'est d'ailleurs ressentie. Une psychothérapie d'invigoration est alors entreprise.

12ème Observation : Madame A.L., 30 ans, hospitalisée pendant deux mois pour de grandes crises hystériques épileptoïdes, ayant l'allure de crises d'agitation psycho-motrice et entraînant des chutes spectaculaires.

En même temps on note des symptômes dépressifs et des troubles du sommeil. Le niveau intellectuel est faible (QI à 86). La personnalité est infantile, très dépendante et passive.

Un bilan neurologique s'est révélé normal.

8 séances d'hypnose se déroulent apparemment bien, toutes les épreuves étant exécutées ; le vécu de la malade est très agréable.

Les crises deviennent progressivement plus espacées et plus courtes ; la malade paraît améliorée à sa sortie, mais 8 jours plus tard se produisent de nouvelles crises à raison d'une ou deux par semaine.

Au bout de six mois la malade est à nouveau hospitalisée pour des crises d'agitation persistantes, puis transférée en Hôpital Psychiatrique.

13ème Observation : Madame M.W., 56 ans, hospitalisée pendant deux mois pour des troubles de la marche.

La malade est transfée de la Clinique Neurologique, où elle a déjà été hospitalisée à deux reprises, pour une astasie-abasie ainsi que des douleurs et une insensibilité des membres inférieurs sans atteinte neurologique décelable.

Au cours de cinq séances d'hypnose, un état d'hypohypnose est obtenu, les épreuves étant partiellement réalisées. La marche est sensiblement améliorée.

A la troisième séance se produit une crise d'angoisse accompagnée d'une hyperpnée et la malade soutient pendant une heure entière un discours délirant tout en gémissant.

Les entretiens ultérieurs confirment l'existence d'un délire chronique, entraînant l'arrêt de l'hypnothérapie.

14ème observation : P.K. 40 ans, caissier de banque, traité par hypnose pour une tension douloureuse et des crampes du membre supérieur droit apparaissant lorsqu'il écrit, surtout quand il est observé. Le patient a déjà épuisé les ressources du Training Autogène et suit depuis six semaines une relaxation type Alexander, sans succès non plus.

Monsieur P.K. est anxieux, méfiant ; il explique lui-même qu'il se tient toujours sur ses gardes, "se ménage une porte de sortie".

Au cours de cinq séances, aucune épreuve ne peut être réalisée, aucun état hypnotique obtenu.

Devant cette attitude de défense du sujet, on décide l'arrêt de l'hypnose : la relaxation type Alexander est poursuivie.

En conclusion, quel bilan provisoire de l'hypnose peut-on établir sur l'ensemble des cas d'hystérie ?

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que la profondeur de l'hypnose, ainsi que la réalisation des épreuves, ne paraît pas déterminante dans le résultat :

- dans les trois très bons résultats, l'hypnose a été seulement superficielle dans deux cas et profonde dans le troisième,
- dans les sept cas améliorés, cinq hypnoses profondes et deux superficielles ont été réalisées,
- dans les quatre échecs, une hypnose profonde et une hypnose superficielle ont été réalisées, mais aucun état hypnotique n'a pu être obtenu dans deux cas.

Sur le plan des symptômes, nous pouvons constater :

- dans trois observations la disparition totale des symptômes,
- dans sept observations une nette amélioration, puisque cinq malades n'ont gardé que des troubles mineurs, un malade a vu ses symptômes disparaître

mais avec une rechute, suivie d'une nouvelle guérison, et enfin un malade a échangé son symptôme contre un nouveau symptôme de conversion moins gênant,

- enfin, dans quatre observations nous constatons la persistance des symptômes, deux malades ayant cependant montré une cédation passagère de leurs troubles.

En ce qui concerne l'influence de l'hypnose sur la relation médecin-malade et le contact, nous pouvons remarquer :

- dans les trois premiers cas, l'amélioration très nette ; un malade a d'ailleurs été suivi ultérieurement en psychothérapie verbale ;
- dans les sept cas suivants, l'amélioration de la relation médecin-malade est également toujours très nette, permettant ultérieureurement chez deux malades une psychothérapie verbale et chez un malade une hypnose active graduée ;
- dans les quatre derniers cas un seul malade a permis une amélioration sensible du contact, car l'état de défense chez deux malades et l'existence d'un délire chronique chez un troisième malade n'ont pas permis une amélioration de la relation médecin-malade.

B. NEVROSE POST - TRAUMATIQUE

5 malades ont été traités : dans un cas le résultat a été excellent (observation détaillée), deux malades se sont trouvés améliorés et enfin chez deux malades le traitement a été un échec.

TRES BONS RESULTATS

1ère Observation : J-B.B., 52 ans, employé de chemins de fer, hospitalisé pendant deux mois à la Clinique Neurologique des Hospices Civils, dans le service du Professeur Thiebaut, pour une névrose de guerre datant de 1945.

Anamnèse :

Prisonnier dans différents camps de concentration en Allemagne de 1943 à 1945, J-B.B. a subi de nombreux sévices durant sa captivité : coups sur la région lombaire entraînant une hématurie pendant 6 semaines environ, coups sur la tête provoquant des évanouissements, coups sur le ventre suivis d'un varicocèle gauche opéré en 1946, coups sur le creux poplité gauche, typhus exanthématique, oedèmes de carence. Depuis cette période, en particulier depuis le typhus, J-B.B. se plaint de céphalées paroxystiques fréquentes et rebelles aux traitements. Il a par ailleurs déjà été hospitalisé en Clinique Chirurgicale en 1952 sans résultat.

A la Clinique Neurologique le malade suit en même temps un traitement physiothérapique et médicamenteux (calmants généraux).

Présentation et symptômes :

Les céphalées de J-B.B. sont très fréquentes, presque permanentes, empêchant le sommeil. Elles consistent essentiellement en douleurs cervico-craniennes bilatérales irradiant jusque dans la région frontale et les globes oculaires. En plus existent des douleurs cervico-scapulaires bilatérales, ainsi que des douleurs lombaires. Le malade se plaint également de craquements et de tiraillements au niveau de la nuque. Tous ces troubles

s'intensifient aux changements de temps, à tel point que le malade vomit lorsqu'il a très mal.

A l'admission J-B. B. est très déprimé, souffrant beaucoup et ne pouvant dormir, malgré la prise de nombreux médicaments ; il est hyperémotif et anxieux, toujours poursuivi par les souvenirs de l'horrible période en camp de concentration.

Fait important, on ne note aucune sinistrose ; le malade a un emploi de contrôleur qui ne lui donne pas de difficulté ; il travaille très régulièrement et ne veut pas arrêter.

L'examen neurologique est entièrement normal, ainsi que l'EEG.

Biographie :

J-B. B. est né le 27-8-1914 au Luxembourg ; on ne note aucun antécédent pathologique jusqu'à son incarcération de 1943 à 1945. Rapatrié le 21-5-1945, J-B. B. a repris son travail le 1-9-1945 et travaille régulièrement depuis. Il est marié et a deux enfants : une fille de 12 ans et un fils de 5 ans.

L'insertion socio-familiale est donc très bonne malgré les troubles importants.

Tests psychologiques :

L'intelligence est normale avec un Q.I à 103 ; le rendement est nettement meilleur sur le plan pratique que sur le plan verbal, vraisemblablement en raison de difficultés de concentration et d'attention du sujet, et de son importante anxiété.

Pas de détérioration mentale pathologique à l'index de Wechsler.

Le protocole est assez pauvre avec un refus insurmonté à l'enquête et trois refus surmontés.

L'intelligence est peu productrice ; on note quelques signes d'impotence et de perplexité avec stéréotypie du thème "yeux". Efficience hypercontrôlée et nettement perturbée par les incidences affectives.

Affectivité inhibée, envahie par les affects dépressifs et anxieux. Une importante charge anxieuse, de type phobique post-traumatique entraîne des réactions de blocage et des difficultés de contact humain. Importante hyperémotivité.

En conclusion : angoisse massive de type phobique-post-traumatique chez un sujet hyperémotif et déprimé. Signes involutifs encore discrets.

LA CURE D'HYPNOSE

On pratique d'abord le test de la chute en arrière : le malade est nettement entraîné vers l'arrière et doit être retenu.

La cure comprend 11 séances d'hypnose que l'on peut, pour la commodité de l'exposé et en tenant compte de l'évolution de la symptomatologie, regrouper en deux périodes, séparées d'ailleurs par quinze jours d'interruption, le malade étant rentré en vacances dans sa famille.

La première période comprend les cinq premières séances, réparties sur une semaine.

Au cours de la première séance, J-B. B. éprouve d'abord au cours de l'induction, quelques difficultés de fixation du doigt, clignant des paupières, même après avoir fermé les yeux ; à l'immobilisation, il remue et bouge les bras. Après arrêt et ouverture des yeux, le patient explique qu'il était gêné par une douleur entre les omoplates. Après avoir changé légèrement de position, la deuxième induction est rapide et toutes les suggestions sont réalisées : immobilisation totale, lévitation du bras et catalepsie de ce bras ; la catalepsie ne paraît cependant pas très rigide, mais se raffermit lorsqu'on essaye de fléchir le bras.

Au cours des quatre séances suivantes, toutes les épreuves sont facilement réalisées sans aucun incident.

Les suggestions thérapeutiques sont orientées d'abord dans le sens d'une détente avec confiance, sécurité, tête fraîche. A partir de la

troisième séance, elles s'attaquent plus directement au symptôme : suggestions de tête fraîche, dégagée des souvenirs pénibles, d'indifférence envers les souvenirs pénibles (répétées plusieurs fois).

Le vécu du malade est immédiatement, dès la première séance, une impression de lourdeur importante des membres l'immobilisant malgré ses efforts contraires ; les épaules paraissent moins lourdes, mais la tête est comme paralysée, sans aucune céphalée cependant. Pendant le silence de quelques minutes après les épreuves, le patient a chaque fois une impression de fourmillements, de picotements à la fois en cercle autour de la tête et le long du bras jusqu'au bord des mains ; ces paresthésies disparaissent dès qu'il entend à nouveau la voix du médecin lui parler.

L'amélioration de la symptomatologie est nette dès cette première période : les céphalées s'atténuent après chaque séance, devenant également plus espacées et plus localisées : les douleurs persistent au vertex, mais la nuque et l'occiput sont dégagés. Cependant une violente crise se produit encore le lendemain de la 3e séance : les douleurs sont tellement intenses dans ces moments-là qu'il n'a parfois plus aucune envie de vivre. Après la 4e séance, le malade parle de miracle : il se sent transformé, ne s'est jamais trouvé dans cet état, l'effet est maximum un quart d'heure après la séance, le vertex redevenant légèrement douloureux ensuite.

La relation médecin-malade est caractérisée par une très bonne coopération du patient qui veut manifestement guérir et reprendre son travail.

Après cette première période, qui a vu la disparition de l'essentiel de la symptomatologie, J-B. B. rentre dans sa famille où tout le monde le trouve transformé ; il est plus gai, supporte mieux les enfants. A son retour il est très satisfait de reprendre les séances qui lui ont manqué.

La deuxième période du traitement comprend les six séances suivantes, réparties sur une quinzaine de jours.

Les épreuves se déroulent toujours parfaitement bien ; l'induction est très rapide. La lévitation et la catalepsie du bras, jugées inutiles à partir de la 7e séance, sont abandonnées.

Les suggestions de la première période sont reprises, en insistant sur le dégagement de la tête, -la libération, -l'indifférence envers le passé, le retour de la joie de vivre.

Le vécu du patient est très agréable au cours de cette période, lui donnant même une certaine exaltation ; ainsi à propos de l'induction il parle de ses impressions de la façon suivante : "j'ai été très vite parti ; dès que j'ai regardé le doigt, j'ai senti une décharge électrique dans mon corps et tout s'est détendu". Il se sent tellement détendu que toutes les douleurs disparaissent. Au cours de la 9e séance, il a l'impression d'avoir dormi. Pendant les deux dernières séances enfin, l'état est tellement agréable qu'il commente ainsi ses impressions : "Ah, un plaisir ..." "Quand vous avez dit que les forces reviennent, je me sentais bien - plus libre - j'ai à nouveau de l'énergie - ne peut-on pas toujours rester comme cela ?"

L'amélioration de la symptomatologie est encore plus nette au cours de cette deuxième phase du traitement. Les céphalées ont pratiquement disparu ; quelques maux de tête réapparaissent seulement après dix minutes de lecture. La 8e séance correspond à la date anniversaire de la libération du camp de concentration ; d'habitude le patient présentait une recrudescence des douleurs à cette époque, ce qui ne se produit pas cette fois.

J-B. B. se sent également plus gai et détendu ; il est très souriant et affable. Il sort tous les après-midi se promener. Sa femme le trouve rajeuni. A sa sortie, le patient est euphorique, en forme et veut reprendre son travail.

Aucune aggravation ne s'est produite depuis un an.

En conclusion, dans cette névrose post-traumatique grave évoluant depuis plus de vingt ans, le succès du traitement par hypnose paraît donc remarquable, tant sur les céphalées que sur l'élément dépressif et anxieux.

Chez ce malade, dont le corps était investi comme une source de souffrance continuelle, l'hypnose, par son action précisément à ce niveau, paraît avoir agi essentiellement par la revalorisation de ce corps comme une source de plaisir et de satisfaction.

Mais la recrudescence des symptômes, au moment de l'anniversaire de la libération du camp, est un signe de l'ambiguïté de ce malade. Il est permis alors de faire la relation entre la structure masochiste du sujet et la facilité de l'hypnose. La reviviscence des souffrances du camp, source de plaisir masochiste, a peut-être été échangée contre le plaisir de la passivité hypnotique.

CAS AMELIORES

2ème Observation : M. H. 50 ans, marié, ouvrier, hospitalisé pendant trois semaines pour un syndrome post-commotionnel à la suite de différents traumatismes crâniens au cours du travail : un accident en 1958 (avec perte de connaissance de deux jours) et deux en 1959. Après un déclassement professionnel, le malade est actuellement en arrêt de travail définitif depuis deux ans.

En 1956 le malade a subi une gastrectomie pour ulcère, On note par ailleurs des antécédents d'alcoolisme.

Hospitalisé à la Clinique Neurologique pendant un mois peu avant son admission en psychiatrie, il a subi une encéphalographie gazeuse fractionnée qui a révélé une dilatation diffuse du système ventriculaire sus-tentoriel.

M. H. se plaint de fatigue générale, de céphalées, de vomissements et de sensations vertigineuses (lipothymies en rapport avec

une hypotension artérielle). On note également un état dépressif avec inhibition et ralentissement psychique. La personnalité est de structure paranoïaque, avec un QI à 90.

Au cours de 7 séances d'hypnose, les épreuves sont progressivement bien effectuées (donnant une impression de sommeil à plusieurs reprises).

Des suggestions de décontraction, de retour de la force sont faites. Progressivement l'asthénie et les vomissements disparaissent, mais les tendances aux lipothymies persistent. Le malade est lui-même étonné de son amélioration ; la relation médecin-malade et le contact sont très bons, permettant alors d'entreprendre un training autogène, afin de pourvoir le malade d'une méthode qu'il puisse continuer à pratiquer seul pendant plusieurs mois.

3ème Observation : J.P. 21 ans, marié, mineur de fond, hospitalisé pendant près de deux mois pour une névrose post-traumatique apparue à la suite d'un accident de travail bénin en ce qui le concerne, mais ayant entraîné la mort de deux camarades de travail.

L'accident est survenu un mois avant l'admission.

Depuis est apparu un état d'hyperémotivité anxieuse avec onirisme surtout vespéral et nocturne (visions de cadavres au faciès bouffi) et idées de culpabilité vis-à-vis des morts et de leur famille . Le comportement hystérique de l'épouse, enceinte depuis peu, accentue l'atmosphère de drame.

Une cure de 5 séances d'hypnose est entreprise ; les épreuves sont progressivement réalisées jusqu'à la lévitation du bras, sans catalepsie. J.P. paraît plus détendu. Un bon contact s'est établi, mais lui a permi de manifester sa revendication de rente et ses importants bénéfices secondaires, éléments qui expliquent les limites auxquelles s'est heurtée la cure : les symptômes n'ont que partiellement regressé.

E C H E C S

4ème Observation : R.S. 22 ans, marié, serrurier, hospitalisé pendant un mois et demi pour une névrose post-traumatique grave avec manifestations hypocondriaques.

Dans les antécédents on note plusieurs accidents du travail, dont une commotion cérébrale en décembre 1965. En septembre 1966, R.S. fait une chute sur le genou droit au cours du travail. Depuis cette époque, malgré un bilan clinique et radiologique normal, ainsi qu'une exploration chirurgicale sans particularité, il persiste des douleurs et une impotence fonctionnelle. Le malade se plaint de douleurs permanentes au niveau du genou, exacerbées par le moindre mouvement.

A noter également une asthénie et une passivité importante chez ce sujet assez fruste avec un QI à 89.

Trois séances d'hypnose permettent une réalisation partielle des épreuves et un état d'hypohypnose ; elles amènent par contre une augmentation des douleurs du genou, mais permettent de découvrir un état dépressif sous-jacent important. Un traitement antidépresseur permet alors une amélioration spectaculaire de la thymie avec disparition presque complète des douleurs du genou, faisant envisager une reprise prochaine du travail.

5ème Observation : Madame C.Z., 28 ans, célibataire, ouvrière, hospitalisée pendant un mois pour une hystérie post-traumatique.

En septembre 1964 la malade a eu un accident avec traumatisme crânien sur le trajet de son travail. Après 7 semaines d'hospitalisation apparaît au lever un syndrome post-commotionnel. Depuis elle n'a pas repris durablement son travail et est adressée pour avis d'incapacité de travail.

Madame C.Z. se plaint de douleurs, lourdeur et chaleur céphalique, de vertiges et de troubles visuels, ainsi que d'une intolérance

au bruit. Elle est hyperémotive, avec une tendance dépressive dans l'ensemble. Il existe une immaturité affective avec structure hystérique de la personnalité et théâtralisme.

10 séances d'hypnose sont pratiquées ; les épreuves sont réalisées très irrégulièrement. L'état de la malade montre une évolution très fluctuante et largement dépendante des bénéfices secondaires à obtenir ; cet état est finalement inchangé à la sortie.

L'ensemble des cinq cas de névrose post-traumatique nous amènent aux conclusions suivantes :

La profondeur de l'hypnose s'est révélée :

- du niveau de l'hypnose profonde dans le très bon résultat
- du niveau de l'hypnose profonde dans un cas d'amélioration, et de l'hypnose superficielle dans l'autre
- du niveau de l'hypnose superficielle dans un cas d'échec, aucun état hypnotique n'étant réalisé dans l'autre.

La symptomatologie :

- a disparu dans la 1ère observation
- a disparu partiellement dans les 2 cas suivants
- s'est trouvée inchangée dans les 2 derniers cas.

Enfin la relation médecin-malade a été très améliorée chez les deux premiers malades, également un peu dans les 2 cas suivants, mais inchangée chez le dernier malade.

Si la profondeur de l'hypnose, ainsi que l'évolution de la symptomatologie et de la relation médecin-malade ne se superposent pas, la corrélation n'en est donc pas moins étroite dans ces cinq observations de névrose post-traumatique.

C. DEPRESSION ET HYPOCONDRIE

Nous avons groupé ici huit observations d'états névrotiques dominés par l'hypocondrie et associés de façon variable à un état dépressif.

Dans un cas, un très bon résultat a été obtenu ; deux malades se sont trouvés nettement améliorés par le traitement hypnothérapique, qui a été un échec dans cinq autres cas.

TRES BON RESULTAT

1ère Observation : R.F., 41 ans, marié, ouvrier, hospitalisé pendant un mois à la Clinique Neurologique pour des manifestations somatiques diverses, telles que ballonnement abdominal, palpitations, impuissance, asthénie, sur un fond d'anxiété permanente avec érétisme émotionnel.

Le malade est en arrêt de travail depuis 3 mois. Un bilan somatique n'a rien montré de particulier. Par ailleurs, un traitement par tranquillisants, ainsi qu'un training autogène ont échoué. On note un QI à 93 chez ce sujet très soumis et passif.

Neuf séances d'hypnose sont faites durant l'hospitalisation, suivies de sept autres en consultation. Toutes les épreuves sont très bien effectuées, sauf l'immobilisation complète du bras. Les suggestions sont formulées ainsi : "calme, détente, décontraction - coeur et respiration calme - vous êtes maître de votre corps - puissant et fort - région abdominale calme, chaude, détendue, comme libérée -"

Le vécu du malade est très agréable ; il éprouve visiblement du plaisir (érection pendant la séance à plusieurs reprises).

Une relation régressive, correspondant à l'infantilisme affectif du sujet, est établie entre le médecin et le malade dès le début du traitement. L'amélioration est rapide, tous les symptômes, sauf l'impuissance, disparaissent finalement. R.F. peut alors reprendre son travail sans difficulté.

CAS AMELIORES

2ème Observation : F., 54 ans, marié, mineur, hospitalisé pendant deux mois à la Clinique Psychiatrique pour un tableau symptomatique comprenant surtout des préoccupations hypocondriaques centrée sur des dorsalgies et un sentiment d'asthénie, des éléments dépressifs, une anxiété intense apparue au décours d'une bronchite et de gros troubles du sommeil.

Un traitement médicamenteux ne donne pas de résultat durable. Les plaintes du malade sont stéréotypées et lassantes, avec une certaine agressivité à l'égard du médecin pour demander la mise à la retraite.

Un traitement par 9 séances d'hypnose est entrepris ; au début aucune épreuve ne peut être exécutée, la lourdeur seule étant bien ressentie ; mais progressivement immobilisation, lévitation, et catalepsie sont obtenues.

Le vécu du malade est d'abord une sensation d'angoisse, avec accentuation simultanée de la symptomatologie ; puis, à mesure que les états hypnotiques sont plus profonds, le vécu est plus agréable et les troubles régressent rapidement : F. se sent mieux, dort bien. La relation médecin-malade est également améliorée. Le training autogène est alors enseigné sans difficulté au malade, afin de prolonger les effets du traitement. Le problème du travail n'est pas résolu à la sortie, F. espérant attendre encore six mois la date prévue de sa mise à la retraite.

3ème Observation : O.Z., 53 ans, marié, mineur, hospitalisé pendant 5 semaines pour des crises de dyspnée nocturne extrêmement angoissantes.

Il existe chez ce malade une bronchopathie chronique, mais plusieurs hospitalisations et divers bilans ne permettent pas de comprendre la signification de ces crises de dyspnée avec agitation ; celles-ci sont apparues 6 ans auparavant.

Il s'agit d'un sujet frustre, mais non débile (QI = 96) qui a passé 15 ans à la Légion Etrangère avant d'être mineur de fond. Le contact est très difficile avec ce sujet, chez qui toute affectivité semble avoir disparu. Il est indifférent, passif, axé uniquement sur son symptôme.

Au cours de 6 séances l'état hypnotique obtenu est extrêmement variable : tantôt profond, toutes les épreuves étant effectuées (avec une catalepsie partielle), tantôt superficiel sans aucune épreuve. On donne des suggestions de respiration facile et libre. Une amélioration est ressentie après certaines séances, mais toujours passagère. La relation médecin-malade n'est guère améliorée. On entreprend alors une hypnose active graduée, dont le résultat est plus sensible, permettant une atténuation des crises.

E C H E C S
==========

4ème Observation : Ch. B., 41 ans, marié, ouvrier de brasserie, hospitalisé pendant 15 jours pour un état dépressif passant à la chronicité. Le malade a en effet déjà été hospitalisé 2 ans auparavant pour une dépression apparue à la suite d'une promotion sur le plan professionnel (nommé chez d'équipe). Depuis des essais de reprise d'un travail moins qualifié ont été suivis de rechutes.

Il existe une asthénie physique et psychique, avec apragmatisme, aboulie et plaintes hypocondriaques (ventre gonflé). On note également une certaine nervosité, caractérisée par des tremblements, mais pas d'agressivité ni d'angoisse.

Trois séances d'hypnose ne donnent aucun résultat, en particulier aucune immobilisation. Tout au plus Ch. B. se sent-il un peu plus détendu. Un traitement médicamenteux ultérieur apportera une légèreamélioration.

5ème Observation : Madame M.L., 45 ans, mariée, hospitalisée pendant deux mois pour un état dépressif anxieux avec sentiment de culpabilité et idées obsédantes à propos d'une infidélité conjugale très ancienne et d'une prédiction de cartomancienne.

La malade est apragmatique, anorexique et s'isole de plus en plus. Ces symptômes sont apparus progressivement depuis cinq mois.

La personnalité est très névrotique (angoisse, éléments phobiques et obsessionnels) avec un important théâtralisme favorisé par le comportement familial.

Après l'échec d'un traitement par anti-dépresseurs, étant donné l'invariabilité de la symptomatologie, une sismothérapie a été pratiquée, sans succès non plus. 4 séances d'hypnose sont alors essayées, mais ne donnent aucun résultat, aucune épreuve n'étant effectuée, ni aucun état hypnotique obtenu.

Finalement il apparaît que Madame M.L. est "installée" dans sa maladie en raison des bénéfices secondaires dans sa vie familiale ; à sa sortie la malade fait une demande de cure.

6ème Observation : P.B., 33 ans, célibataire, boulanger, suivi pendant 3 mois et demi en consultation pour des douleurs d'estomac, survenues après plusieurs interventions chirurgicales et accompagnées de céphalées et d'asthénie.

Le sujet est passif et docile, préoccupé par une sensation de lourdeur sur l'estomac ; l'expression verbale est pauvre.

Une cure de 5 séances d'hypnose est entreprise. Rapidement l'immobilité totale est obtenue ; une lévitation, à allure de complaisance, est effectuée, mais sans catalepsie. Les suggestions sont formulées de la manière suivante : "cet état de repos favorise le retour des forces nerveuses - les organes internes fonctionnent normalement". Le vécu du patient est très agréable.

Les symptômes disparaissent pendant et après les séances, mais réapparaissent ensuite avec la même intensité. Le contact avec le malade est cependant amélioré. On lui apprend alors le training autogène : une amélioration certaine se produit au cours des premières séances, mais les symptômes réapparaissent également rapidement (à l'occasion d'une altercation entre le malade et son patron). P.B. continue cependant la relaxation.

7ème Observation : Madame M.B., 35 ans, mariée, employée de bureau, suivie pendant un mois et demi en consultation pour des troubles hypocondriaques centrés sur les yeux, avec des céphalées et un état dépressif.

La patiente se plaint d'avoir par moments de violentes brûlures dans les yeux avec une vision trouble ; elle a également une sensation de corps étranger dans un oeil et pense que la cornée a été "délayée" ; elle a très peur de devenir aveugle. Au travail, Madame M.B. se domine, mais elle est très dépressive et ne supporte plus son mal une fois rentrée chez elle.

Au cours de 5 séances d'hypnose, une bonne immobilisation est réussie. La malade ressent bien la lourdeur, et même une certaine légèreté à un essai de lévitation. Le vécu est un état de détente très agréable. En dehors des formules habituelles de décontraction, on suggère que le visage et les yeux sont détendus. Le symptôme n'est cependant pas modifié. Le traitement est alors poursuivi par un training autogène, qui n'apportera guère plus d'amélioration.

8ème Observation : B.S., 24 ans, marié, installateur sanitaire, hospitalisé pendant un mois pour un état névrotique avec investissements hypocondriaques, angoisse, éléments dépressifs et phobiques.

Le malade est Algérien, installé en France depuis 3 ans. Il a subi au cours du travail il y a un an un traumatisme crânien sans gravité.

Depuis 3 mois sont apparues des algies vertébrales, surtout cervicales, avec des troubles de l'équilibre et des troubles de la vue. On note en outre une agoraphobie, une asthénie et un sommeil agité avec des cauchemars. De nombreux essais de traitements médicamenteux se sont avérés inefficaces.

La cure d'hypnose ne modifie pas non plus cette symptomatologie. 5 séances permettent d'obtenir une bonne sensation de pesanteur, ainsi qu'une immobilisation, mais sans lévitation ni catalepsie du bras. Le malade se prête avec une bonne volonté apparente à ce traitement, mais reparle de ses troubles aussitôt après chaque séance, niant de toute façon toute influence psychologique sur ses symptômes. Finalement l'importance de la revendication de rente ressort des entretiens avec B.S., expliquant suffisamment l'échec des thérapeutiques.

Ces huit observations d'états névrotiques, rassemblés dans le chapitre dépression et hypocondrie, permettent diverses conclusions.

Tout d'abord en ce qui concerne la profondeur de l'hypnose, nous avons constaté :

- dans le très bon résultat une hypnose profonde
- dans les deux cas améliorés, une hypnose profonde et une hypnose superficielle
- dans les cinq échecs symptomatiques, trois hypnoses superficielles et deux cas sans aucun état hypnotique.

Sur le plan symptomatique, nous pouvons remarquer :

- dans le très bon résultat la disparition pratiquement complète des troubles avec la reprise du travail
- dans les deux cas améliorés : un malade a vu ses symptômes disparaître également, mais la reprise du travail s'est avérée difficile, étant donné les motivations du sujet ; l'autre malade a vu la disparition partielle de ses troubles

- dans les cinq échecs, tous les symptômes ont persisté malgré quelques améliorations passagères.

Enfin la relation médecin-malade et le contact ont évolué dans certains cas :

- dans le très bon résultat, cette relation s'est nettement améliorée et s'est montrée efficace précisément dans la mesure où l'hypnose a permis un mode relationnel bien adapté à la personnalité infantile du malade
- dans les deux cas améliorés, si la relation médecin-malade a évolué favorablement chez le premier patient, elle n'a guère été améliorée chez le second
- dans les cinq échecs, si le contact a été un peu amélioré chez deux patients, chez les autres la relation médecin-malade n'a pratiquement pas évolué, ces sujets étant "installés" dans leur maladie.

D. ETHYLISME

Cinq malades ont été traités par hypnothérapie. Signalons dès à présent les difficultés que nous avons rencontrées dans l'appréciation du résultat de certains cas. En effet, si quelques patients ont pu être suivis après leur hospitalisation, ce fut impossible chez d'autres et le résultat a dû être basé alors sur l'appréciation pronostique à leur sortie. Nous pouvons ainsi estimer qu'un bon résultat a été obtenu chez trois malades et que deux cas ont été des échecs.

BONS RESULTATS

1ère Observation : F.S. 43 ans, chaudronnier-tuyauteur, hospitalisé pendant 4 semaines à l'Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld pour éthylisme chronique avec irritabilité et agressivité contre son entourage.

Cet éthylisme existe depuis plus de 20 ans, puisque c'est vers la fin de la guerre que le malade s'est mis à boire, alors qu'il était soldat. Marié une première fois en 1945, il a continué à boire et s'est finalement engagé à la Légion Etrangère en 1954 pour 6 ans. Au cours de cette période, F.S. a divorcé ; par ailleurs son alcoolisme n'a fait que s'amplifier. Après son retour en France, le malade s'est remarié en 1962 ; son état ne s'est pas amélioré et il est actuellement en instance de divorce.

Le contact avec F.S. est bon. On note des éléments obsessionnels que vont confirmer les tests psychologiques ; ceux-ci montrent une intelligence supérieure (QI = 111), mais fortement détériorée, ainsi qu'une problématique névrotique importante chez un sujet immature, utilisant des mécanismes de défense de type obsessionnel.

Une cure de 10 séances d'hypnose est entreprise. L'état hypnotique est rapidement profond, toutes les épreuves étant parfaitement effectuées à partir de la quatrième séance. On note qu'à deux reprises le malade s'est endormi d'un profond sommeil, ce qui fut évité par la suite en

insistant sur la suggestion : "vous entendez la voix qui vous parle". Les suggestions thérapeutiques sont les suivantes : "alcool indifférent en tout lieu et toute circonstance - cet état de repos favorise le retour de l'équilibre nerveux".

Le vécu du malade est un état de calme et de bien-être avec modifications des perceptions sensorielles : impression que quelqu'un appuie sur les bras et les épaules au moment de la lourdeur, paresthésies des membres parfois, vision de cristaux de neige, impression de flotter dans l'air par moments. La coopération s'avère excellente et l'hypnose chez ce sujet immature, paraît un moyen extrêmement commode pour développer la relation médecin-malade. F.S. s'estime transformé, "un autre homme", persuadé qu'il ne boira plus, se référant aux efforts qu'il a pu faire antérieurement pour se débarrasser de l'habitude de fumer. Le patient paraît mettre ainsi sur un mode obsessionnel son abstinence à l'alcool.

Il n'a pas été possible de suivre ce malade après sa sortie de l'hôpital, les nécessités de son travail l'ayant obligé à quitter la région, mais il est cependant possible de porter un très bon pronostic chez lui.

2ème Observation : Ch. L. 39 ans, marié, cantonnier à la S.N.C.F., hospitalisé pendant trois semaines pour éthylisme chronique avec nervosisme, irritabilité, impulsivité, mauvais contrôle émotionnel, idées de jalousie.

Le malade, motivé par des conflits familiaux mineurs, a demandé spontanément à faire une cure de désintoxication.

On entreprend d'abord une cure à l'espéral avec trois "conditionnements", puis une hypnothérapie de trois séances. Les épreuves sont effectuées sans difficulté : le malade remue un peu les doigts à l'immobilisation, mais une très bonne lévitation avec catalepsie du bras et obtenue. Au moment de la suggestion : "alcool indifférent en toute circonstance, en tout lieu et à tout moment", le patient ressent quelques secousses dans le corps. Le vécu est dans l'ensemble très agréable ; le sujet est très satisfait

de ces séances. Le contact est excellent et le malade est décidé à l'abstinence totale ; le pronostic est bon.

3ème Observation : R.H., 30 ans, ajusteur, hospitalisé pendant un mois pour éthylisme chronique. Ce malade présente tous les signes d'un syndrome d'imprégnation alcoolique marqué, avec notamment trémulations, varicosité des pommettes, labilité de l'humeur, pituites matinales, crampes dans les mollets.

Il a déjà été hospitalisé à la Clinique Psychiatrique en 1964 (cure à l'espéral) puis à l'Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld en juillet 1965.

Monsieur R.H. est actuellement en instance de divorce.

Les tests psychologiques montrent un QI à 115 avec détérioration mentale.

Il s'agit d'une personnalité psychopathique.

Une cure de six séances d'hypnose est décidée avant de refaire une cure à l'espéral. Les épreuves sont parfaitement effectuées dès la deuxième séance, avec toujours des suggestions d'indifférence à l'alcool. Bien que ressentant rapidement une envie de dormir au cours de chaque séance, le malade n'y cède pas. Le contact et la relation médecin-malade sont améliorés, permettant une meilleure prise de conscience et facilitant ainsi la poursuite du traitement par une cure d'espéral. L'état est satisfaisant à la sortie et le pronostic est bon.

E C H E C S
==========

4ème Observation : Madame M-O. D., 35 ans, mariée, hospitalisée pendant 4 semaines pour un éthylisme névrotique.

La symptomatologie névrotique de la malade est de type hystéro-phobique et l'alcool est utilisé à titre anxiolytique. L'éthylisme qui existe depuis longtemps, se greffe sur une personnalité fragile, immature, aux capacités intellectuelles réduites.

Une cure de sept séances d'hypnose est effectuée. D'emblée elles sont très profondes et se caractérisent par un vécu de calme, de sécurité, accompagné d'une vision des alcools préférés, associée à un sentiment de dégoût, au moment des suggestions antialcooliques.

La relation psychothérapique semble engagée aussitôt dans des conditions très favorables chez cette malade soumise et suggestible. On note également une diminution de l'angoisse.

A sa sortie, Madame M-O. D. paraît décidée à une abstinence définitive des boissons alcoolisées.

Une rechute se produit cependant peu de temps après, nécessitant une nouvelle hospitalisation de deux mois avec une cure à l'espéral. Les symptômes hystéro-phobiques se révèlent peu accessibles à une psychothérapie en profondeur. Etant donné la fragilité de la malade, le pronostic est très réservé.

5ème Observation : L.W., 42 ans, marié, ouvrier, hospitalisé pendant trois semaines pour éthylisme chronique.

Ce malade a déjà été hospitalisé en clinique médicale en juillet 1965 et en janvier 1966 pour cirrhose décompensée. Il est en arrêt de travail depuis dix mois et ne se sent pas capable de travailler ; ce n'est que sous la menace de se voir supprimer ses indemnités journalières qu'il accepte de "se laisser soigner" en milieu hospitalier. On note par ailleurs une situation familiale conflictuelle liée à des idées délirantes de jalousie à l'égard de sa femme. Il y a vraisemblablement tout un développement qui n'a pu être dégagé au cours de l'observation.

Une prise de conscience aussi limitée d'une part, un début d'ascite d'autre part, ne permettent guère une cure d'espéral.

Sept séances d'hypnose sont alors effectuées. Après quelques difficultés d'induction, la profondeur de l'état hypnotique permet la réalisation de toutes les épreuves. On note en même temps un meilleur contrôle émotionnel et une atténuation de la symptomatologie délirante.

L'état de L.W. est satisfaisant à sa sortie ; il paraît décidé à ne plus boire. Suivi pendant trois mois à la consultation de policlinique, son état se maintient. Son médecin-traitant continue à le soigner régulièrement ensuite pour sa cirrhose, mais le renvoie, 8 mois après son hospitalisation, pour une ivresse pathologique avec violences et menaces nécessitant son transfert à l'Hôpital Psychiatrique de Hoerdt.

En conclusion : Quelles particularités pouvons-nous noter concernant l'application de l'hypnothérapie à ces cinq cas d'éthylisme chronique ?

Tout d'abord la profondeur de l'état hypnotique a toujours dépassé la moyenne ; ensuite la relation médecin-malade a toujours été favorablement influencée par l'hypnose chez ces malades dont la personnalité était généralement immature, soumise et suggestible.

Le résultat thérapeutique n'apparaît donc pas en rapport avec ces données, puisque seulement trois malades sur cinq autorisent un bon pronostic.

La méthode hypnotique n'apporte donc pas, semble-t-il, pour le moment de meilleur résultat que d'autres thérapeutiques chez les éthyliques ; il est permis cependant de se demander si une cure d'hypnose beaucoup plus prolongée, mais par des séances plus espacées, ne permettrait pas de mieux exploiter la relation psychothérapique, qui s'est toujours révélée très substantielle, et d'obtenir ainsi des résultats nettement meilleurs.

E. AFFECTIONS PSYCHO - SOMATIQUES

5 malades ont été traités par hypnose, le premier pour état de mal asthmatique (observation détaillée), les quatre autres pour recto-colite ulcéro-hémorragique.

TRES BON RESULTAT

1ère Observation : Madame J.S., 47 ans, mariée, hospitalisée pendant près de deux mois à la Clinique Laënnec des Hospices Civils de Strasbourg pour un état de mal asthmatique.

Anamnèse : La malade est asthmatique depuis septembre 1962. Les premiers symptômes ont consisté en toux paroxystique nocturne, puis sont apparues au bout de 8 jours des crises d'asthme, durant une heure et demie environ, également nocturnes, soit après le dîner, soit vers cinq heures du matin. Ces crises sont rapidement devenues quotidiennes. Une bronchite fréquente avec expectoration muco-purulente, ainsi qu'un coryza et une rhinite spasmodique se sont surajoutés depuis deux ans. La malade a été traitée régulièrement par antibiotiques et corticoïdes, sans résultats probants. Elle a également effectué trois cures au Mont Dore : la première n'a donné aucun résultat, la seconde a permis une amélioration nette (plus de crise pendant trois mois), mais le dernier séjour en juillet 1966 a entraîné au contraire une aggravation de la symptomatologie. Depuis un an persiste, entre les paroxysmes, une dyspnée intercritique très importante.

Présentation et symptômes :

Madame J.S. est adressée à la Clinique Laënnec par son médecin-traitant pour des crises subintrantes avec une expectoration importante, pouvant atteindre 300 cc, très largement purulente.

La malade ne quitte pas son "vaporisateur anti-asthme" ; elle a dû être amenée à la Clinique Psychiatrique par les brancardiers.

La coopération de la patiente est très bonne ; elle est prête à accepter n'importe quel traitement, pourvu qu'on la guérisse.

Le vécu de cet asthme est très pauvre. Madame J.S. a des fantasmes de saleté, de souillures, de choses qui ne peuvent pas sortir, qui ne peuvent pas s'en aller. Des fantasmes de cet ordre se retrouvent dans ses rêves : elle désire partir en voyage sans y parvenir. A signaler aussi que tout départ chez elle entraîne immédiatement d'importants troubles des règles.

Biographie et antécédents médicaux :

Madame J.S. est mariée ; son mari, ouvrier tisserand, est en bonne santé, ainsi que ses trois enfants de 24, 14 et 7 ans.

On peut signaler dans les mois qui ont précédé le début de l'asthme, la séparation de sa fille aînée, qui s'est mariée et l'a quittée. A l'âge de 5 ans la malade a eu une pleurésie. Comme enfant, elle présentait souvent de l'urticaire au visage.

On note en 1952 une paratyphoïde. Enfin en 1963 les crises d'asthme ont été à l'origine d'une cholécystectomie, qui n'a eu aucun effet.

Examens complémentaires somatiques :

Tous les tests allergologiques sont négatifs.

Les explorations fonctionnelles cardio-respiratoires montrant essentiellement à la radioscopie le diaphragme bloqué en position inspiratoire et à la spirographie une capacité vitale ventilatoire amputée de 30% ; ces données sont expliquées par la présence d'un spasme bronchique sévère, avec répercussions parenchymateuses probables.

La bronchoscopie montre un arbre bronchique à muqueuse épaisse, fragile et saignante au contact, réduisant le calibre des orifices.

Tests psychologiques :

L'intelligence est d'un niveau normal médiocre (QI = 98), plus verbal que pratique, avec alternance de bons résultats et de démarches intellectuelles aberrantes à l'intérieur des sub-tests (avec réponses à côté et éclipses possibles des capacités de synthèse). Pas de détérioration mentale pathologique à l'index de Wechsler, mais profil irrégulier.

Le protocole met en évidence des signes organiques avec affaiblissement du contrôle intellectuel et destructuration perceptive, ainsi que des éléments anxieux et dépressifs réactionnels.

LA CURE D'HYPNOSE

Un traitement par hypnose est proposé à la malade. Elle n'en a jamais vu mais en a entendu parler ; l'hypnose évoque pour elle "quelqu'un de plus fort qui peut faire faire à l'autre ce qu'il veut".
Les deux tests de suggestibilité sont effectués : la tendance à la chute en arrière est très nette, la chaleur du front est très bien ressentie.

Le traitement va se dérouler en trois phases : la première partie correspondra aux six séances d'hypnose proprement dites, suivies dans la seconde partie du traitement par cinq séances d'hypnose active graduée, c'est-à-dire par des séances de relaxation avec mise au point de formules intentionnelles aphoristiques, la troisième partie enfin correspondant à la poursuite du traitement par la malade seule, avec trois contrôles au bout de quinze jours, un mois et trois mois.

La première partie du traitement s'étend sur une période de 18 jours, mais il faut noter que le résultat symptomatique, en l'occurrence la disparition complète de l'asthme, est acquis d'emblée, dès la première séance.

La réalisation des épreuves s'effectue de manière sensiblement identique au cours des six séances d'hypnose. Au cours de la première,

l'induction est d'abord assez longue ; la mydriase normale ne peut être vue, mais un larmoiement se produit cependant. La lourdeur généralisée paraît bonne ; effectivement à l'immobilisation partielle du bras gauche la malade ne soulève que très légèrement le poignet et à l'immobilisation totale du bras droit elle ne bouge qu'imperceptiblement les doigts. La lévitation est cependant plus difficilement obtenue et doit être assistée au début. La catalepsie est ensuite très nette et objective, le bras étant impossible à plier. Aucune suggestion thérapeutique n'est faite au cours de cette première séance, qui se termine par un réveil sans particularité. La réalisation des épreuves, au cours des séances suivantes, n'est modifiée que dans certains détails. Ainsi au cours de la deuxième séance l'immobilisation est parfaite, de même que la lévitation et la catalepsie, ce qui permet de supprimer ces deux dernières épreuves à la troisième séance.

Les suggestions thérapeutiques sont données à partir de la deuxième séance et formulées ainsi : "Le thorax est débloqué, l'air rentre et sort tout à fait normalement dans les poumons, la respiration est légère... si légère que vous ne la sentez plus et que c'est un phénomène normal que vous ne remarquez pas ..." ; "la respiration est facile, l'air rentre et va au fond des poumons, il ressort comme il veut, quand il veut". Au cours des quatrième et cinquième séances sont faites également des suggestions de sommeil, suivies de quelques minutes de silence avant la reprise et le réveil. A la sixième séance, la patiente s'étant plainte d'une vague gêne dans la gorge, on ajoute aux suggestions thérapeutiques : "la gorge est libre et l'air y passe comme il veut, quand il veut ... la gorge est débloquée ...".

Le vécu de Madame J.S. est une impression de soulagement extraordinaire. Elle ressent parfaitement bien la lourdeur qui gagne tout le corps, l'empêchant absolument de bouger. L'impression de calme et de repos est pour la malade une découverte, un phénomène qu'elle n'a jamais connu de manière aussi intense. Elle ressent d'ailleurs une importante som-

nolence qui persiste après la séance ; ainsi après la quatrième séance le réveil est plus difficile : la malade se frotte les yeux et paraît désorientée pendant quelques instants. En ce qui concerne la respiration, le vécu est également très agréable : elle n'éprouve plus aucune difficulté dès la première séance et c'est la première fois que cela se produit depuis le début de son asthme.

La symptomatologie disparaît donc de manière remarquable après la première hypnose. A noter que pendant toute la durée de cette première séance, une dyspnée suspirieuse persiste ; la malade peut cependant rester allongée, alors qu'en général elle dort en position assise, ne supportant pas la position couchée. Dès la fin de cette séance, la dyspnée disparaît, au grand étonnement de la patiente. Les jours suivants Madame J.S. continue à se porter parfaitement bien, n'est plus dyspnéique, dort bien et sort se promener en ville dans la journée. En même temps la patiente remarque qu'elle a de nouveau de l'appétit et qu'elle a même grossi. Elle signale seulement, après la cinquième séance, au cours de la nuit, une vague impression de gêne dans la gorge, plutôt qu'une véritable dyspnée, sans manifester aucune inquiétude d'ailleurs ; ce symptôme ne persiste pas.

La relation médecin-malade est évidemment caractérisée dans ce cas par la collaboration active de la patiente.

Afin de pourvoir la malade d'une méthode praticable seule, on entreprend alors une hypnose active graduée, qui constitue la deuxième phase du traitement. Cinq séances sont effectuées, réparties sur une dizaine de jour.

Au cours de la première séance est réalisé l'exercice de pesanteur, selon la méthode de Schultz ; la patiente ayant déjà un certain entraînement par les séances d'hypnose précédentes, on effectue d'emblée la pesanteur généralisée ; celle-ci est d'ailleurs ressentie immédiatement et

globalement par la malade. Au cours de la séance suivante est effectuée la chaleur généralisée, qui est également ressentie sans difficulté. Le réveil est par ailleurs assez difficile, la patiente paraissant aussi endormie qu'à la fin des séances d'hypnose. Dans l'intervalle entre les séances d'entraînement avec le médecin, Madame J.S. effectue ses exercices seule trois à quatre fois par jour. A la troisième séance, après la pesanteur et la chaleur, on demande à la malade de se concentrer sur les formules suivantes : "je respire calmement - mon thorax est débloqué - l'air rentre et sort librement" en la laissant ensuite quelques minutes sans lui parler.
Puis on lui demande quelle est la formule qui lui paraît la plus satisfaisante, la mieux adaptée. "Mon thorax est débloqué" lui donne l'impression que les côtes s'écartent pour laisser rentrer l'air, ce qui lui paraît le plus efficace. Il ressort donc nettement de cette réponse que c'est la formule donnant le plus un vécu "physique", directement en rapport avec le corps, qui paraît la plus adaptée pour les exercices.

Les deux dernières séances se déroulent de manière identique, avec uniquement la formule "mon thorax est complètement débloqué".

Cliniquement Madame J.S. va tout à fait bien ; elle n'a plus de dyspnée, a grossi de plusieurs kilos, ne suit plus aucun traitement médicamenteux.

Après sa sortie de clinique, la patiente continue seule ses exercices avec concentration sur la formule "mon thorax est complètement débloqué". Au cours de cette dernière phase du traitement, trois contrôles vont être effectués.

Le premier a lieu quinze jours plus tard. Madame J.S. continue à pratiquer ses exercices très régulièrement ; elle se sent toujours très soulagée, "comme libérée". Elle se porte bien, sans aucune dyspnée. Le second contrôle a lieu un mois après la sortie de la malade. Son état est toujours aussi satisfaisant, mais elle a eu cependant un épisode dyspnéique de quelques heures (qui n'était pas une véritable crise d'asthme).

Les exercices sont effectués toujours régulièrement. On refait une séance d'hypnose sous enregistrement électroencéphalographique. L'induction est rapide, l'immobilisation totale, mais la lévitation et la catalepsie du bras sont impossibles à obtenir. On fait des suggestions de thorax débloqué puis de sommeil, laissant la patiente cinq minutes dans cet état.

Le vécu se caractérise par une très bonne pesanteur, mais surtout par l'impression d'avoir dormi une heure environ et très profondément, alors que l'enregistrement EEG est un tracé de veille.

Par ailleurs la patiente ne se souvient plus du tout de la lévitation et de la catalepsie. Elle se sent très bien, détendue et en bonne forme.

Un dernier contrôle est effectué trois mois après la sortie de clinique. Madame J.S. va bien et ne prend plus du tout de médicaments. Le sommeil et l'appétit sont bons. De temps en temps se manifeste un début de crise d'asthme, qu'elle arrête aussitôt par un exercice de relaxation avec concentration sur la formule. - Ces exercices sont par ailleurs toujours pratiqués régulièrement.

En conclusion, le traitement par hypnose paraît avoir eu un effet magique chez cette malade en état de mal asthmatique, le résultat étant obtenu de manière spectaculaire dès la première séance.

Il faut remarquer dans ce phénomène l'effet prépondérant de la motivation, facilitant, dans une large mesure, la réalisation des épreuves et des suggestions hypnotiques.

En effet, de par la "nécessité" de guérir, on a senti combien est grande la dépendance et le désir de la malade de s'en remettre complètement au médecin ; c'est lui ensuite qui parle et qui agit par ses suggestions au niveau du corps, la patiente n'étant plus qu'un personnage passif, obéissant aux désirs de l'hypnothérapeute.

CAS AMELIORES

2ème Observation : M.L., 25 ans, célibataire, mineur, hospitalisé pendant deux mois à la Clinique Psychiatrique pour une recto-colite ulcéro-hémorragique. Ce malade est transféré de Clinique Médicale, où le traitement médicamenteux s'est révélé insuffisant.

La recto-colite ulcéro-hémorragique est apparue sept mois auparavant. Le sujet est en arrêt de travail depuis trois mois. A l'admission les rectorragies persistent toujours.

Il s'agit d'une personnalité dépressive, qui présente de nombreux signes de paranoïa sensitive : hypersensibilité douloureuse au contact d'autrui, peur qu'on se moque de lui, quelques idées de persécution, amour de la justice qu'il défend en tant que syndicaliste.

M.L. est traité par dix séances d'hypnose. L'état hypnotique obtenu est rapidement profond ; l'immobilisation est toujours complète ; la lévitation est également effectuée au cours de la troisième séance, mais la catalepsie n'est pas très rigide.

Des suggestions de "calme, détente, sécurité, repos" sont faites à partir de la deuxième séance, puis à la troisième on ajoute : "les intestins se dénouent, les aliments passent normalement, le ventre fonctionne agréablement". A la 8e séance, on suggère "le ventre est chaud" tout en mettant la main au-dessus du ventre.

Le vécu du patient est très agréable ; il aurait envie de rester comme cela toute la journée, car il n'arrive jamais à se reposer. Il se sent calme et réconforté, avec une chaleur agréable dans le ventre lors des suggestions.

Le symptôme se modifie au cours des séances. Au début on note la disparition des rectorragies avec simplement quelques contractions douloureuses dans le ventre. Puis, à la suite d'un cauchemar, M.L. se réveille et

présente à nouveau des selles liquides avec du sang. Ces troubles s'atténuent ensuite, à la fois au point de vue fréquence et au point de vue quantité.

La relation médecin-malade s'améliore nettement. M.L. comprend beaucoup mieux que sa maladie est en relation avec toute sa vie, qu'elle est liée au surmenage, au sentiment de n'avoir jamais assez bien fait et au militantisme syndical, qu'il n'a d'ailleurs pas l'intention d'abandonner.

A sa sortie, le sujet estime avoir gagné le pouvoir de ne pas se sentir attaqué sans cesse, de rester calme ; il a moins de selles et rarement du sang. M.L. est très attaché à sa mère toujours malade, et demande un traitement ambulatoire qui le rapproche de sa famille. Il est alors adressé à un médecin pour l'apprentissage du training autogène.

3ème Observation : R.C., 23 ans, célibataire, maître d'internat, hospitalisé pendant trois semaines à la Clinique Psychiatrique pour une recto-colite ulcéro-hémorragique. Ce malade est également transféré de Clinique Médicale. Les troubles évoluent depuis six mois environ.

Il existe en plus une symptomatologie phobique centrée sur le coeur depuis l'âge de 18 ans.

A l'admission R.C. se plaint de rectorragies, de précordialgies, avec palpitations et angoisse de mort, d'asthénie matinale ; on note également des éléments dépressifs.

Une cure de six séances d'hypnose est entreprise ; l'état hypnotique est profond ; toutes les épreuves sont parfaitement effectuées.

Les suggestions sont formulées ainsi : "sécurité des organes, qui fonctionnent normalement sans influence perturbatrice".

Le vécu est agréable. Le contact avec le patient est bon, il parle volontiers. Les troubles digestifs disparaissent rapidement. On note également une diminution des craintes devant l'avenir.

L'état du malade à la sortie est satisfaisant et semble compatible avec une reprise de son travail. Une psychothérapie au long cours est cependant conseillée.

4ème Observation : Enfant M.H., 13 ans, hospitalisée à la Clinique Infantile des Hospices Civils et suivie à la policlinique psychiatrique pour une recto-colite ulcéro-hémorragique.

Les troubles évoluent par poussées régressives ; la dernière étant apparue cinq jours avant le début de l'hypnothérapie. La symptomatologie s'accompagne d'anorexie, d'un amaigrissement et d'une anémie. Les traitements antérieurs ont été uniquement médicamenteux ; une relaxation, envisagée n'a pas été faite devant la difficulté de coopération de l'enfant.

Quatre séances d'hypnose sont effectuées. L'induction est difficile, mais finalement toutes les épreuves sont possibles dès la première séance, suivies de suggestions : "tout est calme - tout va bien dans le ventre". Malgré la réalisation des épreuves, la profondeur de l'état hypnotique est difficile à apprécier chez cette enfant naturellement suggestible et dont le vécu est très pauvre. Après une accalmie au début du traitement, les rectorragies avec selles fréquentes réapparaissent, mais de façon atténuée. Le contact avec l'enfant est cependant très nettement amélioré, permettant d'entreprendre un training autogène, ce qui n'était pas possible auparavant. L'apprentissage en est facilité et on note simultanément une nouvelle disparition des rectorragies.

5ème Observation : Enfant G.F., 14 ans, hospitalisée en Clinique Médicale et suivie à la policlinique psychiatrique pour une recto-colite ulcéro-hémorragique. Le début de l'hypnothérapie coïncide avec la sortie de la Clinique Médicale. L'enfant ne saigne plus depuis deux jours, mais elle se plaint de constipation. Les traitements antérieurs ont été uniquement médicamenteux.

Une cure de huit séances d'hypnose est entreprise. Dès la première séance toutes les épreuves sont parfaitement effectuées, une excellente catalepsie du bras étant notamment obtenue.

A la septième séance l'enfant s'endort à l'immobilisation. Les suggestions sont formulées d'abord ainsi : "tout est calme dans le ventre, les organes de la digestion fonctionnent normalement" ; puis à la sixième séance sont faites des suggestions plus magiques, impliquant le médecin : "de la même façon que je t'ai dit que tes yeux piquaient, que tes bras étaient lourds, etc... je te dis que les organes du ventre fonctionnent bien et que tes intestins peuvent retenir les selles comme ils veulent et quand ils veulent".

Le vécu de cette enfant est une impression de calme et de détente, qui persiste après les séances ; à plusieurs reprises elle parle d'une sensation agréable : "quelque chose bouge dans les intestins".

Pendant la durée du traitement aucune rectorragie ne se produit et une rectoscopie de contrôle constate une bonne cicatrisation.

A noter que la dernière séance d'hypnose se fait avec enregistrement EEG et permet la constatation inopinée d'une comitialité.

Le contact avec l'enfant est très bon ; elle se sent beaucoup plus détendue. Le traitement est poursuivi par un training autogène.

En conclusion, ces cinq observations d'affections psycho-somatiques nous amènent aux constatations suivantes :

L'état hypnotique réalisé a presque toujours été profond chez ces malades ; il n'y a guère que chez une enfant qu'il fut très difficile à apprécier et probablement superficiel.

Le résultat symptomatique a par contre été très variable, puisque nous constatons la disparition radicale du symptôme dans un cas, une guérison probable chez deux malades, une atténuation des troubles chez un autre et un cas où le symptôme est resté inchangé (correspondant d'ailleurs à l'hypnose superficielle).

Enfin la relation médecin-malade et le contact ont toujours été améliorés dans ces affections psycho-somatiques, les sujets admettant notamment beaucoup mieux l'idée d'un lien entre leurs troubles et leurs conflits.

F. PATHOLOGIE FONCTIONNELLE DE DIVERS ORDRES

Nous avons groupé ici six observations d'affections variées dominées par une symptomatologie fonctionnelle : un cas de brûlure anale, un cas de trouble de la voix, un cas de blépharospasme, un cas d'anorexie mentale et enfin deux cas d'impuissance.

On a noté un très bon résultat chez un malade, une nette amélioration chez deux autres patients et un échec chez les trois derniers sujets.

TRES BON RESULTAT

1ère Observation : G.S., 31 ans, célibataire, plâtrier, transféré de prison à l'Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld à la suite d'une tentative de suicide par pendaison (le sujet était incarcéré pour vols). Au cours de son séjour à l'hôpital, G.S. se plaint de douleurs et de brûlures anales survenant à la défécation et après l'émission des selles, ainsi que de prurit péri-anal. Les examens complémentaires pratiqués, notamment rectoscopie, lavement baryté et recherches de parasites, ne permettent pas de conclure à une affection organique. Le contact avec le sujet est assez bon ; il se montre très dépendant et sensible au comportement de l'entourage. Le patient ne manifeste d'ailleurs aucune assurance, se dévalorise, s'estimant voué à l'échec. Sur un fond de personnalité fragile les éléments dépressifs sont donc très nets. L'intelligence est subnormale, avec un QI à 91.

Les brûlures anales sont apparues un mois environ avant le début de l'hypnothérapie et semblent gagner en intensité, inquiétant beaucoup le malade. Ces douleurs sont permanentes, avec des recrudescences après les selles.

Une cure de sept séances d'hypnose est faite en trois semaines. Les épreuves sont remarquablement effectuées : l'induction est rapide, l'im-

mobilisation presque complète, la lévitation spontanée dès le premier essai (à la troisième séance), et la catalepsie très rigide (le bras est impossible à plier, même avec force). Les suggestions sont ainsi faites : "cet état de détente et de repos permet le bon fonctionnement et la détente de tous les organes - les organes fonctionnent normalement sans aucune gêne, sans aucun trouble".

Le vécu du patient est d'abord une très bonne impression de lourdeur ("comme dans un moule"), puis de légèreté du bras ; après la catalepsie, il a l'impression que l'on appuie sur son bras pour le faire redescendre. A la cinquième séance, il lui semble également que la voix est beaucoup plus lointaine. L'ensemble du vécu est très agréable et satisfaisant pour le malade.

La symptomatologie régresse rapidement après la deuxième séance. Les brûlures anales sont intermittentes, après les selles uniquement, et diminuent également en intensité. Elles disparaissent finalement complètement après la septième séance. Aucune nouvelle manifestation ne se produit ultérieurement.

La relation médecin-malade se caractérise par la coopération passive et la docilité du sujet, qui a manifestement besoin d'être sécurisé et pris en charge ; son symptôme paraît bien être le véhicule de cette demande au niveau du corps, et l'hypnose, par son action précisément à ce niveau, paraît un moyen très commode pour entrer en contact avec le malade dans ce registre où il est accessible.

CAS AMELIORES

2ème Observation : M.L., 28 ans, célibataire, chauffeur, hospitalisé pendant deux mois environ à la Clinique Psychiatrique pour une voix de fausset. Ce malade est transféré de la Clinique Oto-Rhino-Laryngologique où un bilan organique, tant ORL que neurologique et endocrinologique, n'a rien montré de particulier.

Du point de vue psychiatrique, le tableau que présente le patient n'est pas homogène. Son symptôme paraît revêtir de prime abord l'allure artificielle et forcée de la conversion hystérique, alors que l'examen de sa personnalité ne permet de relever aucune trace d'hystérie.

Il s'agit bien pourtant d'une personnalité infantile, entretenant avec son entourage des relations oscillant entre la dépendance aveugle et l'agressivité revendicatrice. Le patient donne l'impression d'être assez fruste, peu enclin à s'examiner sous l'angle psychologique et ne faisant de prime abord état d'aucun conflit sérieux, présent ou passé.

Seuls deux accidents de la circulation prennent de l'importance dans sa biographie.

Le premier accident s'est produit quatre ans auparavant et fut suivi d'un coma durable ; c'est dans les semaines qui suivirent qu'apparut un ralentissement du débit vocal, sans modifications de la tonalité.

Le second accident, survenu il y a dix-neuf mois, fut bien plus mal toléré par le patient, bien que de gravité moindre. Ce n'est qu'après six semaines d'hospitalisation et à l'issue d'une narco-analyse sous nesdonal qu'il fit part des circonstances précises de cet évènement. Cet accident s'est produit alors qu'il était en état d'ivresse ; le délit avait été confirmé par une prise de sang et aboutit au retrait du permis de conduire pour trois ans.

Le sujet étant chauffeur, sa profession et la conduite des automobiles avaient une énorme importance pour lui ; le retrait du permis de conduire fut alors vécu comme un véritable traumatisme psychique. Il essaya de dissimuler à son entourage ce qu'il considérait comme une tare honteuse. Il affirma se sentir atteint par la perte du permis, autant que par les particularités de sa voix, dont le trouble s'est accentué au cours de l'année qui suivit l'accident. Par ailleurs le sujet fait part des difficultés qu'il éprouve à aborder les femmes depuis que le ton de sa voix a changé, et qu'une de ses plus grandes humiliations est d'avoir demandé à un ami d'intercéder pour lui auprès de celle qu'il fréquente actuellement.

Tous ces éléments permettent de mieux comprendre la passivité, les idées dépressives, les attitudes de retrait vis-à-vis de la société qui sont chez ce sujet en disproportion par rapport à l'intensité des symptômes.

Les tests psychologiques, donnant un quotient intellectuel à la limite supérieure de la normale (QI = 112), permettent de préciser les vécus dépressifs et passifs du malade, mais surtout, le ralentissement et l'impotence intellectuelle, le médiocre rendement de la pensée et l'inhibition, tels qu'on les rencontre dans les états post-traumatiques. Il n'y a, là non plus, aucun signe en faveur d'une hystérie.

Si la question de l'étiologie psychogène de ce trouble de la voix reste posée, il est cependant possible d'affirmer qu'il est largement surdéterminé, constituant le point central d'un état traumatique chronique.

Un traitement par une longue série de 19 séances d'hypnose est entrepris. Toutes les épreuves sont parfaitement effectuées sans difficulté. Les suggestions sont à visée relaxante et sécurisante : "les organes de la voix, la gorge, le larynx se décontractent - pas d'anxiété devant les mots, devant la parole - la voix sort naturellement, sans accent, sans contraction - parler avec des inconnus ne vous fait pas peur...".

Le vécu est agréable ; le sujet se souvient des suggestions, qui se répètent en écho pendant le silence.

Malgré le profond relâchement musculaire sous hypnose, la voix ne se modifie guère, même lors des essais pour faire parler le patient au cours des séances. Le traitement est poursuivi alors par une hypnose active graduée, utilisant la formule : "gorge ouverte - parler tranquillement".

Si le traitement ne donne que des résultats modérés quant à une meilleure émission vocale, l'attitude du sujet vis-à-vis de son trouble change considérablement au cours de l'hospitalisation.

En effet l'insécurité, les vécus dépressifs et l'inhibition ayant diminué, le retentissement du symptôme sur la personnalité s'en trouve amoindri, le patient se mêlant plus volontiers aux autres et se plaignant moins de son trouble.

Il n'est pas impossible que cette nouvelle attitude agisse ultérieurement sur le facteur spastique, qui est un élément essentiel du symptôme, dont l'étiologie exacte reste inconnue.

3ème Observation : J.S., 65 ans, marié, retraité, hospitalisé pendant près de deux mois à la Clinique Psychiatrique pour un blépharospasme apparu un an plus tôt et qui s'est progressivement aggravé.

Cet état s'accompagne en outre d'une mimique désordonnée et de stéréotypies verbales. L'attitude familière, voire euphorique, du malade, son absence d'auto-critique, ses troubles de la compréhension et de l'expression, un grand ralentissement de l'idéation, évoquent des éléments involutifs importants.

Cependant cette impression de détérioration, déniée par l'épouse, non confirmée au test de Wechsler-Bellevue, demeure en suspens.

Il ne fait pas de doute que la symptomatologie est liée à l'état émotionnel du patient, et grandement accentuée par un état d'insécurité et d'inquiétude qu'il est incapable de formuler dans les entretiens.

Un traitement par 17 séances d'hypnose est pratiqué, à raison de trois par semaine. Les épreuves d'immobilisation et de lévitation sont correctement effectuées, mais la catalepsie ne se produit pas. Il est possible d'induire un véritable sommeil hypnotique au cours de certaines séances. On donne ensuite des suggestions de calme, sécurité, tranquillité du visage. Le vécu du patient est très pauvre et laconique.

Sous hypnose, le sujet cligne progressivement moins des paupières et son visage est plus détendu. On note au cours des entretiens qu'il ouvre les yeux normalement quand il parle, mais les ferme dès qu'on lui adresse la parole. Finalement une amélioration partielle du blépharospasme et des mouvements automatiques peut être obtenue de façon permanente. Les séances d'hypnothérapie contribuent également à diminuer le sentiment d'insécurité et de crispation intérieure, qui paraît malgré tout lié à une dété-

rioration involutive (le symptôme pourrait alors être interprété comme une défense du malade devant le constat de sa détérioration) ; le sujet est beaucoup plus confiant et le contact nettement plus facile.

E C H E C S

4ème Observation : Mademoiselle M.D.G., 20 ans, célibataire, employée de bureau, hospitalisée pendant quatre mois à la Clinique Psychiatrique pour une anorexie mentale grave.

Il s'agit d'une troisième rechute, la malade ayant déjà été hospitalisée en octobre 1964 et de février à avril 1965. Elle est transférée de la Clinique Ste-Odile.

L'anorexie est globale s'accompagnant de vomissements et d'une aménorrhée complète. A l'admission la malade ne pèse que 23 kilos pour 1 mètre 46 et présente des troubles électrolytiques sévères. Un traitement par perfusions de Protéolysat accompagné d'un isolement rigoureux lui permet de reprendre un peu de poids (29 kilos). Il s'agit d'une personnalité hystérique perverse ; les tests psychologiques confirment cette hystérie grave avec éléments franchement schizophréniques, abandonnisme, régression et angoisses massives, risque de raptus suicidaires dans une attitude de défense négativiste et auto-agressive.

En effet la malade a déjà tenté de se suicider par section des veines, puis en essayant de s'étrangler avec un lacet ; deux fois elle a tenté de s'évader en passant par la fenêtre ; elle a même réussi à se sauver en se cachant dans le coffre d'une voiture, mais fut ramenée à la clinique par la Police. Il faut encore signaler que la malade a ingurgité divers objets métalliques, qui ont été rejetés ensuite.

Il existe par ailleurs des conflits familiaux graves.

Devant l'échec de la psychothérapie verbale, une hypnothérapie est tentée. Les épreuves échouent ; il n'y a aucun vécu particulier ; la symptomatologie ne se modifie pas.

L'opposition de la malade est nette, au point de refuser la poursuite de l'hypnose après la 6e séance.

Ultérieurement un traitement par neuroleptiques et une sismothérapie n'apporteront pas non plus d'amélioration.

Au service, le comportement de vols et la mythomanie suscitent un rejet de la part du personnel et des malades.

Etant donné le danger vital de cette anorexie, la malade est transférée à l'Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld.

5ème Observation : H.A., 39 ans, marié, magasinier, hospitalisé pendant un mois et demi à la Clinique Psychiatrique pour une impuissance sexuelle psychogène.

Cette impuissance, accompagnée de douleurs à la face interne de la cuisse gauche, est survenue dans les suites d'un accident de travail en septembre 1962. Il s'agissait d'une fracture du bassin (branche ischio-pubienne gauche). Depuis l'impuissance et les douleurs se sont installées progressivement, en même temps que des troubles du caractère et de l'humeur, que le malade lui-même a remarqués.

On note effectivement une thymie dépressive, avec une impulsivité sous-jacente, ainsi qu'un certain oppositionisme passif, le sujet paraissant résigné à l'égard de ses troubles, mais ne continuant pas moins de s'en plaindre. Une cure de six séances d'hypnose permet une bonne réalisation des épreuves, la lévitation devant cependant être assistée. Les suggestions vont dans le sens d'un état de calme, de repos favorisant le bon fonctionnement des organes. Le vécu des épreuves est agréable ; l'état hypnotique paraît en général assez superficiel. Les plaintes continuent absolument invariables et dans leur contenu et dans leur tonalité revendicatrice. Le malade quitte la clinique en poursuivant un traitement par antidépresseurs.

6ème Observation : H.S., 28 ans, marié, employé de bureau, hospitalisé pendant plus de deux mois à la Clinique Psychiatrique pour une impuissance sexuelle accompagnée de lombalgies.

Il s'agit d'un sujet obèse qui, peu de temps après son mariage, s'est mis à se plaindre de lombalgies, rationnalisées par un traumatisme minime, ainsi que d'une impuissance à éjaculer.

La personnalité de ce sujet est très infantile ; il est passif, très dépendant, et sa femme a pris un ascendant certain sur lui.

Cinq séances d'hypnothérapie sont réalisées. Les épreuves d'immobilisation, de lévitation et de catalepsie sont bien effectuées et suivies de suggestions de force, détente, sécurité, vie dans tout le corps. Le vécu est très pauvre : les yeux piquent, la lourdeur est bien ressentie ; l'état hypnotique paraît d'ailleurs superficiel. La symptomatologie ne se modifie pas et les plaintes concernant l'impuissance et les lombalgies continuent de manière stéréotypée.

Le traitement est poursuivi alors par une hypnose active graduée, ainsi que par des médicaments anti-dépresseurs. Le contact est sensiblement amélioré, le sujet s'exprimant plus volontiers, ce qui permet de l'adresser à sa sortie à un hypnothérapeute proche de son domicile.

En conclusion, quel est le bilan de l'hypnothérapie dans ces six observations à symptomatologie fonctionnelle ?

Tout d'abord l'état hypnotique s'est révélé du niveau de l'hypnose profonde dans le très bon résultat et les deux cas améliorés, du niveau de l'hypnose superficielle dans deux observations d'échec, aucun état hypnotique n'ayant pu être réalisé dans le troisième cas d'échec.

La symptomatologie a disparu complètement dans la 1ère observation, partiellement dans les deux suivantes et ne s'est pas modifiée dans les trois derniers cas.

Enfin la relation médecin-malade et le contact ont été nettement améliorés dans les trois premières observations, mais n'ont guère pu être modifiés dans les trois cas d'échecs.

G. NEVROSE OBSESSIONNELLE

Un seul cas de névrose obsessionnelle a été traité par hypnose. Il en est résulté un échec ; les symptômes propres à la névrose, idées, rites, activités obsessionnelles, n'ont en effet pu être modifiés.

Observation : Mademoiselle A.S., 23 ans, célibataire, hospitalisée à la Clinique Psychiatrique pendant deux mois pour une névrose obsessionnelle qui se manifeste depuis l'âge de 12 ans, mais qui a surtout pris de l'ampleur depuis deux ans lors du départ du fiancé au service militaire.

Les thèmes obsessionnels sont centrés sur l'impureté, entraînant de nombreux rituels. La malade a peur de toucher les vêtements, certains aliments interdits, à la fois par crainte de se souiller et de contaminer les autres. Ces doutes obsédants provoquent des rituels d'habillement et de lavage très fréquents, ainsi qu'une anorexie. On note également des nosophobies (leucémie, folie). Sur ce fond d'idées obsédantes perturbant toute sa vie, la malade présente des accès d'angoisse fréquents, accompagnés d'idées dépressives et d'insomnie. L'intelligence est à la limite inférieure de la normale (QI = 72).

Mademoiselle A.S. travaillait autrefois comme fille de charge dans une école maternelle, mais elle est en arrêt de travail depuis un an. Depuis elle est devenue de plus en plus dépendante des différents membres de sa famille ; sa mère et sa soeur doivent par exemple souvent l'habiller.

Avant l'hospitalisation, un essai de training autogène n'avait donné aucun résultat. Un traitement par sept séances d'hypnose est alors entrepris. Après une induction longue et difficile, une immobilisation partielle est seulement obtenue ; les autres épreuves ne peuvent être effectuées. On suggère le calme, la détente, la disparition des angoisses : "elles n'ont aucune raison de revenir car toutes les personnes et tous les objets sont purs et le demeureront".

Le vécu de la malade se caractérise par une impression de lourdeur localisée, qu'elle décrit avec minutie (par exemple la main droite seule paraît lourde) ; elle note aussi de grandes difficultés à garder les yeux fermés, car cela lui donne l'impression d'être "comme morte", impression renforcée d'ailleurs par les suggestions de calme.

Cette crainte obsédante, ajoutée à la grande minutie des impressions, explique l'impossibilité d'obtenir un état hypnotique.

La symptomatologie obsessionnelle et le contact avec la malade ne se modifient pas.

Un traitement ultérieur par antidépresseurs et tranquillisants permettra une diminution de l'anxiété.

H. NEVROSE PHOBIQUE

Deux malades souffrant de névrose phobique atypique ont été traités par hypnose, mais aucune amélioration n'a pu être constatée dans les deux cas.

1ère Observation : R.C., 32 ans, marié, bûcheron, hospitalisé pendant deux mois à la Clinique Psychiatrique pour une névrose phobique avec éléments de conversion. Les troubles que présente le malade consistent surtout en agoraphobie, se manifestant par des raptus anxieux obligeant le patient à se cloîtrer chez lui ; à noter également des phobies de mort subite et de folie (qu'il justifie par le fait que sa mère était internée à Stephansfeld).

R.C. se plaint en outre de précordialgies avec parfois des crises de palpitations et de lipothymie ; il dit souffrir également de céphalées, de vertiges, d'apragmatisme sexuel total et d'une irritabilité qui entraîne des gestes agressifs à l'encontre de sa famille à la moindre contrariété, pouvant aller jusqu'à la véritable crise d'agitation psycho-motrice. On note également d'importants troubles du sommeil. L'appoint éthylique est certain chez ce malade, dont les possibilités intellectuelles sont par ailleurs très réduites (QI = 84).

Le sujet est en congé de longue maladie à la suite d'un accident du travail (fracture de la cheville) survenu il y a trois mois, et n'envisage pas de reprendre son travail en raison de ses troubles.

Il avait été hospitalisé en Clinique Médicale (bilan normal) d'où il est transféré.

Après l'échec d'un traitement médicamenteux, on entreprend une hypnothérapie (trois séances en deux semaines). Les épreuves sont effectuées correctement avec un vécu de lourdeur impressionnante et permanente prédominant dans les jambes. En fait il apparaît rapidement que le patient exploite ces séances d'hypnose pour entretenir sa somatisation patholo-

gique sans sortir de son registre hystéro-phobique, ce qui justifie l'arrêt du traitement. Ultérieurement seront encore tentés une relaxation et plusieurs chocs amphétaminiques, sans résultat notable.

2ème Observation : Ch. W., 32 ans, marié, ajusteur, hospitalisé pendant dix jours à la Clinique Psychiatrique pour une névrose cardiophobique ancienne. Depuis l'âge de 11 ans, il se plaint de malaises localisés principalement dans la région précordiale ; tachycardie, palpitation, sensation de serrement, d'étirement, d'irrégularité du rythme et d'arrêt cardiaque, ainsi que d'angoisse, de vertige et de tremblement généralisé.

Ces crises sont suivies d'une asthénie générale marquée avec hypersudation qui dure pendant plusieurs heures. Dans l'intervalle des crises, le malade souffre d'un sentiment d'insécurité et le moindre effort ou la moindre émotion déclenche les malaises. Les tests projectifs mettent en évidence un état dépressif sur une structure phobique de la personnalité.

Les examens somatiques et tous les examens complémentaires, particulièrement l'électrocardiogramme d'effort et le test à l'iode sont normaux.

Ce malade avait déjà été hospitalisé pendant un mois l'année précédente ; un training autogène, associé à des entretiens psychothérapeutiques, n'avait permis qu'une amélioration légère et précaire. A noter que ce sujet ne travaille plus depuis trois ans et voudrait être mis en invalidité.

On entreprend une cure de six séances d'hypnose. Malgré des suggestions très longues et détaillées de lourdeur, aucune immobilisation ne peut être obtenue. Le patient ressent tout au plus une agréable détente, n'entraînant pas de modification de la symptomatologie. Une reprise de la pratique du training autogène est cependant possible.

En conclusion : L'hypnose donne l'impression de se heurter à d'énormes défenses devant l'angoisse chez ces deux malades, ce qui explique sans doute la ténacité des symptômes et la rigidité de la personnalité ; cependant cex deux observations ne permettent évidemment pas de tirer des conclusions générales concernant l'application de l'hypnose dans la névrose phobique, d'autant plus qu'il s'agit de formes complexes et quelque peu atypiques.

CHAPITRE III

INTERET DE LA METHODE

Dans ce chapitre nous allons essayer d'analyser les conclusions qui se dégagent des 46 observations précédemment décrites. Pour cela nous serons guidés par deux ordres de motifs :

- tout d'abord nous essayerons de préciser l'intérêt pratique de la méthode hypnothérapique. A cette fin, nous rendrons compte du bilan global de l'hypnose, basé sur les trois caractéristiques examinées jusqu'à présent pour chacun des cas, à savoir la profondeur de l'hypnose, l'évolution et le résultat sur le plan des symptômes et l'influence de l'hypnose sur la relation psychothérapique. Après ce bilan nous préciserons les mesures thérapeutiques éventuelles adoptées à la suite de la cure d'hypnose.

- dans une seconde partie, nous aborderons l'intérêt théorique de la méthode hypnothérapique, ceci non pas dans le but d'élucider l'essence même du phénomène, mais avec l'intention uniquement de situer quelques-uns des éléments dynamiques qui entrent en jeu.

I L'intérêt pratique de la méthode hypnothérapique peut être dégagé par l'analyse des résultats cliniques obtenus.

Etant donné le nombre restreint d'observations, il est bien évident que les résultats rapportés ici n'ont pas de valeur statistique rigoureuse ; les pourcentages exprimés ne sont donnés qu'à titre indicatif pour la facilité de la présentation.

Avant de rendre compte du résultat thérapeutique de la méthode, il convient dans un premier paragraphe, de préciser l'hypnotisabilité des sujets. Deux questions vont se poser : quelle est la proportion des sujets hypnotisables ? Pourquoi certains accèdent-ils à un état hypnotique et d'autres pas ?

Sur les 46 observations, il y a eu 38 états hypnotiques réalisés (24 hypnoses profondes et 14 hypnoses superficielles) et 8 échecs, soit un peu plus de 80% de sujets hypnotisables.

Bien que les résultats publiés sur cette question soient extrêmement variables, il est intéressant de constater que Bernheim rapportait déjà que les 4/5 de la population hospitalière étaient capables d'"entrer en transe", tandis que cette proportion se réduisait à 1/5 ou 1/6 seulement pour la clientèle de ville. Effectivement le fait que le sujet se sente entouré à la Clinique Psychiatrique d'une équipe de médecins qualifiés permet sans doute d'éviter tout discrédit sur l'utilisation d'une telle méthode, tant auprès des patients que des autres médecins, et facilite ainsi déjà, dans une certaine mesure, la réalisation d'états hypnotiques.

Nous pouvons remarquer également que les 8 échecs constatés ne sont pas fonction du diagnostic puisqu'ils se répartissent à peu près uniformément dans les différents groupes : deux cas d'hystérie, un cas de névrose post-traumatique, deux cas de dépression et hypocondrie, un cas de pathologie fonctionnelle, un cas de névrose obsessionnelle et un cas de névrose phobique.

Peut-on alors, à travers le matériel clinique, comprendre pourquoi certains sujets accèdent à un état hypnotique et d'autres pas ?

Les 8 patients réfractaires à l'hypnose présentent des caractéristiques communes permettant d'expliquer, au moins en partie, l'échec de la méthode : il s'agit de névroses fixées, voire caractérialisées, avec le plus souvent un QI très faible ; l'évolution de la symptomatologie est chronique, voire très ancienne, avec échecs successifs de diverses thérapeutiques antérieures ; les bénéfices secondaires sont souvent manifestes (4 malades étant en arrêt de travail depuis plus de deux ans) ; il existe un défaut de motivation, sans désir de guérir, ni demande thérapeutique ; enfin, dans deux cas, on note une attitude de défense et même d'opposition ouverte au traitement. Chacun de ces éléments ne permet pas à lui seul d'expliquer un échec, puisque dans d'autres observations nous avons pu constater la réalisation d'états hypnotiques malgré l'un ou l'autre de ces inconvénients (par exemple l'hypnose profonde obtenue dans la névrose post-traumatique évoluant depuis plus de vingt ans). L'association de plusieurs de ces éléments (personnalité névrotique grave avec QI faible, chronicité, bénéfices secondaires, défaut de motivation, attitude de défense) explique cependant dans une large mesure l'impossibilité d'obtenir un état hypnotique : ces sujets sont réfractaires à l'hypnose comme à tout autre abord psycho-thérapique.

Il paraît plus difficile de caractériser les éléments communs aux 38 autres sujets qui se sont révélés hypnotisables. La personnalité de ces malades n'a cependant pas manqué d'attirer l'attention : il s'agit dans la grande majorité des cas de personnalités passives, soumises et dépendantes ; nous ne rappellerons qu'à titre d'exemple la personnalité "plastique" de la plupart des hystériques, le caractère passif et dépendant des cas de dépression et hypocondrie, ou la personnalité immature et soumise des alcooliques. Dans certains cas cependant c'est la motivation du sujet, plutôt que sa personnalité proprement dite, qui semble l'avoir mis dans une situa-

tion de dépendance ; ainsi "la nécessité de guérir" de la malade en état de mal asthmatique créait d'elle-même une situation de dépendance et d'abandon à l'égard du thérapeute. Cette notion de passivité et de dépendance est donc un élément à relever en faveur de l'hypnotisabilité des sujets, mais ne permet évidemment pas de porter un pronostic sur la réussite de l'hypnose.

L'intérêt pratique essentiel de la méthode hypnothérapique réside évidemment dans le résultat thérapeutique , l'appréciation de ces résultats étant basée sur l'évolution des symptômes, et non pas sur la structure de la personnalité. L'hypnose en effet n'a sans doute jamais permis d'aborder la névrose au niveau de la personnalité, mais elle a du moins facilité l'accès aux conflits comme nous le verrons ultérieurement. L'hypnose fut ainsi utilisée soit pour faire disparaître un symptôme de conversion gênant, à l'aide de suggestions précises et impératives, soit pour obtenir un effet de sédation et de détente.

Sur 46 malades, il y a eu 7 très bons résultats avec disparition totale et durable du symptôme, 19 cas améliorés avec atténuation nette de la symptomatologie et 20 échecs, sans modification du symptôme par l'hypnose.

Parmi les 38 sujets hypnotisables, nous retrouvons 7 très bons résultats et 19 cas améliorés, mais seulement 12 échecs, soit un peu moins du tiers des malades. Ces échecs thérapeutiques de sujets hypnotisables se répartissent dans les divers groupements diagnostiques, leur nombre étant proportionnellement un peu plus grand dans l'éthylisme et dans les états dépressifs avec hypocondrie.

Existe-t-il une corrélation entre la profondeur de l'hypnose et le résultat thérapeutique ? Le tableau ci-après permet d'y répondre :

	Résultats thérapeutiques :		
	Très bons résultats	Améliorations	Echecs
Hypnose profonde : 24	5	15	4
Hypnose superficielle : 14	2	4	8
Aucun état hypnotique : 8	0	0	8

On n'observe aucune relation directe entre la profondeur de l'hypnose et le résultat thérapeutique, puisque les hypnoses profondes montrent aussi bien 4 échecs thérapeutiques que 5 très bons résultats par exemple. On retrouve là les résultats des travaux de Gill et Brenman ("Hypnosis and Related States"). Mais s'il n'y a pas de relation directe, on peut cependant remarquer que 24 hypnoses profondes ne donnent que 4 échecs thérapeutiques, alors que 14 hypnoses superficielles comportent 8 échecs. La profondeur de l'hypnose apparaît donc comme un élément en faveur d'un bon résultat thérapeutique, mais de façon toute relative.

Le dernier problème pratique qui se pose est celui des modifications de la relation psychothérapique et du contact par l'hypnose. Un fait important est à signaler : alors que nous pouvions redouter l'écrasement de la relation verbale par le rapport plus ou moins magique de l'hypnose, on assiste au contraire à l'établissement d'une relation dynamique et mobilisable.

Sans doute peut-on voir là le rôle important de l'orientation psychanalytique des médecins de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, attentifs aux mouvements transférentiels. L'hypnose a pu être ainsi "personnalisée", adaptée à chaque malade, à son niveau intellectuel et culturel, afin d'éviter une technique trop rigide dans le maniement délicat de la relation.

Sur 46 observations, nous constatons une amélioration de la relation médecin-malade dans 35 cas (très nette chez 26 malades, moins marquée chez 9 autres) et aucune modification dans 11 cas, soit un peu plus de 75% d'amélioration. Ces résultats se rapprochent évidemment de ceux que nous avons pu constater sur l'hypnotisabilité des sujets, aussi les avons-nous réunis dans un tableau :

	Relation psychothérapique		
	Très améliorée	Un peu améliorée	Non modifiée
Hypnose profonde : 24	21	3	0
Hypnose superficielle : 14	5	6	3
Aucun état hypnotique : 8	0	0	8

On peut constater ainsi la relation étroite qui existe entre la réalisation d'états hypnotiques et l'amélioration de la relation psychothérapique. L'hypnose a permis en effet dans la grande majorité des cas de débloquer le dynamisme de la relation psychothérapique en offrant la possibilité d'entrer en relation avec le patient au delà du symptôme. L'hypnose a permis chez ces sujets de parvenir à une formulation verbale de leurs problèmes : les conflits, souvenirs, revendications sont ainsi apparus "spontanément", alors qu'ils paraissaient inaccessibles auparavant, les sujets étant incapables de les exprimer. En même temps ces patients ont pu admettre l'idée d'un lien entre leurs troubles et leurs conflits, collaborant ainsi activement au traitement.

Ce changement dans la qualité de la relation psychothérapique a permis également d'instituer après le traitement hypnothérapique une psychothérapie verbale chez 4 patients, et de poursuivre les effets du traitement

par une hypnose active graduée chez 5 patients ou par un training autogène chez 8 autres (soit 17 malades sur 35 chez lesquels l'amélioration de la relation médecin-malade par l'hypnose a été poursuivie par les méthodes psychothérapiques habituelles).

Au terme de l'exposé de ces résultats, il convient de rappeler que la méthode hypnothérapique fut appliquée à une catégorie de cas délaissés :

- en raison soit de l'impossibilité de recourir à la psychothérapie verbale devant un QI trop faible, soit de la négation de tout facteur psychologique dans la genèse de la maladie ou le peu de capacités d'expression verbale ;

- en raison de la personnalité très passive de certains malades ne permettant guère une approche psychothérapique en profondeur demandant un effort de leur part ;

- en raison de la gêne apportée par le symptôme dans la relation médecin-malade ;

- en raison enfin de l'échec de toutes les tentatives thérapeutiques antérieures.

L'intérêt pratique de la méthode hypnothérapique, dans ces cas peu abordables par les thérapeutiques habituelles, paraît donc remarquable.

Ainsi, entre les éventualités extrêmes des résultats spectaculaires d'une part, des refus complets d'autre part, l'hypnose offre une grande marge de possibilités positives plus nuancées, se caractérisant principalement par le déblocage du dynamisme de la relation psychothérapique.

II L'intérêt théorique de la méthode hypnothérapique peut être abordé par l'étude des éléments dynamiques qui entrent en jeu dans le cadre d'une psychothérapie.

Les publications sur l'hypnose sont extrêmement variées. Les tentatives d'une approche synthétique du phénomène reposent souvent sur des besoins empirico-positivistes. Comme il s'agit d'un phénomène psycho-physiologique en relation étroite avec le sommeil, les disciplines les plus contradictoires ont tenté d'en faire l'analyse et d'en revendiquer l'explication. Les attitudes les plus prudentes concluent à l'absence de spécificité du phénomène, à l'impossibilité de le définir, à la difficulté d'en établir les limites.

Nous essayerons ici de préciser d'abord l'attitude du thérapeute devant cette technique et son application à un patient, puis l'action de l'hypnose sur le sujet, abordant ainsi le problème de l'action du langage au niveau du corps. Par l'aspect magique du phénomène et par son aspect transférentiel, nous serons amenés ensuite à quelques considérations sur l'efficacité thérapeutique de la méthode.

Tout dans l'hypnose va à l'encontre des idées reçues : depuis la formation rationalisée des études médicales jusqu'au désir d'intelligibilité de la psychanalyse, rien ne semble nous autoriser à une telle technique. S'intéresser à l'hypnose prend alors figure de transgression. On a l'impression de brûler les étapes en exacerbant son désir de guérir, avec l'inquiétude de se perdre sur une voie sans issue. En même temps, on pense pouvoir remonter aux origines de la psychanalyse, en démonter le mécanisme pour mieux cerner le problème et ne garder que ce qu'il reste de spécifique dans l'hypnose. En fait rien n'apparaît aussi clairement ; l'hypnose n'est ni aussi inquiétante, les premiers moments passés, ni aussi facilement accessible à l'analyse et à la réflexion.

Devant un sujet à hypnotiser, cette attitude ambivalente se traduit dans l'angoisse que l'on peut éprouver les premières fois ; on ne se sent pas à l'aise dans ce personnage de thaumaturge : la voix est mal assurée, les mots les plus simples viennent difficilement, la répétition des phrases est parfois irritante. Toute cette mise en scène apparaît comme un jeu ; on y adhère difficilement, (ceci étant particulièrement le cas des médecins de formation psychanalytique) et on se sent un peu coupable d'utiliser un tel procédé, mais en même temps on a le sentiment d'exercer un grand pouvoir. Sous prétexte d'efficacité pragmatique, on franchit là un premier interdit : celui de ne pas comprendre. Mais rapidement cette inquiétude s'apaise, le personnage prend de l'assurance.

L'hypnose implique, comme toute tentative psychothérapique d'ailleurs, l'invite à la régression. D'abord par la situation dans laquelle se trouve le sujet : il commence par consentir, il s'allonge et se laisse mettre en position décontractée, abandonnant ainsi déjà ses mécanismes de défense. Par l'absence ou la diminution des stimuli sensoriels ensuite, à l'exception de ceux donnés par l'hypnotiseur : au cours de l'induction, le sujet se concentre sur la voix et sur le doigt du médecin, mais tous les autres stimuli s'estompent progressivement. C'est ainsi que L.S. Kubie a pu voir dans la réduction de tous les stipuli "la voie psychophysiologique commune qui conduit aux états hypnoïdes", "l'altération progressive de la limite psychologique entre le sujet subissant l'hypnose et le monde environnant" apparaissent secondairement.

En fait l'élément important de cette régression semble bien être l'action du langage au niveau du corps. On parle doucement au sujet avec des mots simples, bien concrets, des mots qui concernent le corps. Ces mots ne présentent pas de difficulté pour le patient ; il les traduit automatiquement dans son vécu corporel, car cet échange est très progressi-

vement construit : chaque mot, chaque épreuve est préparée par la précédente. La réalisation des épreuves s'effectue sous nos yeux, permettant alors d'affirmer notre pouvoir sur le corps et donnant ainsi de l'assurance par cette démonstration. Chaque épreuve est une étape qui autorise la suivante à condition de respecter cet équilibre entre le langage et le vécu corporel. On se trouve ainsi aux limites de l'usurpation, de l'abus de pouvoir, "profitant" de la passivité du sujet pour faire la démonstration de ce pouvoir.
L'hypnose accentue cette régression, mais établit en même temps une relation facilement accessible et compréhensible pour le sujet en s'adressant au corps de la manière la plus simple.

Le personnage essentiel dans la relation hypnotique c'est l'hypnotiseur, non pas réel, mais dans la représentation que s'en fait l'hypnotisé : c'est sur lui que tout est centré, il possède la connaissance du corps, c'est en lui que la vérité est déposée ; de plus il est investi de son rôle de médecin par la société qui reconnaît ses capacités. On trouve ainsi créés les trois aspects complémentaires de la magie dont parle Levi-Strauss (Anthropologie structurale : le sorcier et sa magie) : "il y a, d'abord, la croyance du sorcier dans l'efficacité de ses techniques ; ensuite, celle du malade qu'il soigne, ou de la victime qu'il persécute, dans le pouvoir du sorcier lui-même ; enfin la confiance et les exigences de l'opinion collective, qui forment à chaque instant une sorte de champ de gravitation au sein duquel se définissent et se situent les relations entre le sorcier et ceux qu'il ensorcelle".

L'efficacité de la magie implique donc la croyance en la magie. Levi-Strauss explique ensuite (L'efficacité symbolique) comment elle se montre efficace par l'élaboration d'un mythe sous forme d'un récit fabuleux qui met en scène des êtres incarnant les esprits protecteurs, d'origine religieuse : "cette situation introduit une série d'événements dont le corps et les organes internes de la malade, constitueront le théâtre supposé. On va donc passer de la réalité la plus banale au mythe, de l'univers physique à l'univers phy-

siologique, du monde extérieur au corps intérieur. Et le mythe se déroulant dans le corps intérieur devra conserver la même vivacité, le même caractère d'expérience vécue dont, à la faveur de l'état pathologique et par une technique obsédante appropriée, le shaman aura imposé les conditions".

Rien de tel ne se produit apparemment dans l'hypnose ; aucun récit fantastique, d'origine populaire, n'illustre le déroulement des séances. Cependant le langage est étroitement lié au corps et les conditions d'un pouvoir magique sont réunies ; ne peut-on alors imaginer que les phrases que nous prononçons, les formules telles que "la force nerveuse revient, votre corps vous appartient" font appel à un mythe non élaboré, auquel nous n'avons pas accès, mais qui existe, dans la croyance populaire, au-delà de ces formules.x) Dans cette optique le médecin, investi du rôle protecteur, partirait à la "conquête" de ce corps pour lui apporter la guérison en lui restituant sa "vitalité". Mais cette "vitalité" ne s'avèrerait efficace que dans la mesure où elle entrerait dans le mythe populaire auquel adhère le sujet, dans "le système cohérent qui fonde la conception de l'univers du sujet" dont parle Levi-Strauss. On peut ainsi émettre l'hypothèse que l'hypnose s'avère efficace en créant les conditions nécessaires à ce mythe, qui se chargerait d'intégrer le symptôme dans un ensemble où tout se tient, cet ensemble qui ne nous est précisément pas accessible par l'hypnose.

Mais peut-être le fait que le malade s'imagine que nous nous référons dans nos suggestions à un tel ordre, qu'il suppose cohérent, suffit-il pour que les conditions de l'efficacité soient réalisées ; nous nous retrouvons là dans l'imaginaire, à la limite de l'imposture à laquelle nous faisions allusion précédemment. La notion d'"appel au mythe", pour replacer les

---

x) Un intéressant travail de L. Israel et Mademoiselle North (Cahiers de Psychiatrie n° 15 - 1961) fait état d'un véritable "besoin de mythes" chez l'être humain, à propos de l' "incidence médico-légale d'un délire de sorcellerie : Exorcisme ayant entraîné la mort d'un enfant".

troubles du sujet dans un "système cohérent" pour lui, paraît donc séduisante pour concevoir l'efficacité du langage appliqué directement au symptôme, mais reste dans un domaine encore hypothétique en ce qui concerne l'hypnose.

Mais où mène alors cet échange de mots et de signes corporels réels entre l'hypnotiseur et son patient ?
Nous avons vu l'assurance et le pouvoir que prend progressivement l'hypnotiseur dans cet échange, pouvoir qui lui est donné par le sujet. Cet échange, qui va crescendo, fait en même temps la preuve de la puissance du thérapeute. C'est alors dans ces manifestations corporelles réelles que l'hypnotiseur prend appui pour faire admettre au patient les suggestions thérapeutiques.
On le voit bien dans l'expression "de la même façon" qui permet d'articuler les épreuves corporelles aux suggestions thérapeutiques, prenant exemple de l'un pour affirmer l'autre (par exemple dans le cas d'une rectocolite ulcéro-hémorragique, les suggestions thérapeutiques peuvent se faire ainsi : "de la même façon que les bras étaient lourds et immobiles..., les organes du ventre fonctionnent normalement..."). C'est à cette référence au corps que mène cet échange progressivement construit ; ces suggestions thérapeutiques, admises sans effort, sont alors reprises "à son compte" par le sujet, aussi naturellement que l'étaient les épreuves corporelles.

Qui ne songe en fait devant cette relation centrée sur le corps, si habilement construite d'un geste à l'autre et allant vers quelque chose d'inconnu, au caractère érotique de l'hypnose ? La relation amoureuse est faite d'un tel échafaudage de mots et de gestes lentement construit par les partenaires, qui se guident sur les émois qu'ils induisent pour en créer d'autres.
Dès 1784, la Société Royale de Médecine et la Faculté de Médecine, dans un rapport sur le "magnétisme animal" pratiqué par Mesmer, avaient déjà

soupçonné la nature érotique des phénomènes (dans un rapport secret à Louis XV), après avoir démontré l'inexistence du fluide.

Freud, dans "Psychologie Collective et analyse du moi", insiste sur l'aspect érotique de l'hypnose : "l'état hypnotique consiste dans l'abandon amoureux total à l'exclusion de toute satisfaction sexuelle. On fait preuve à l'égard de l'hypnotiseur de la même humilité, de la même soumission, du même abandon, de la même absence de critique qu'à l'égard de la personne aimée ; on constate le même renoncement à l'initiative personnelle ; nul doute que l'hypnotiseur n'ait pris la place de l'idéal du moi". Comment s'explique alors un tel état ? Freud laisse le problème ouvert : "l'état amoureux sans tendances sexuelles directes échappe encore à toute explication rationnelle et, sous beaucoup de rapports, l'hypnose est encore difficile à comprendre et se présente avec un caractère mystique".

L'hypnose aboutit finalement, non pas à la satisfaction des tendances sexuelles, mais à un état de dépendance passive où les propos de l'hypnotiseur peuvent tous se réaliser dans le corps de l'hypnotisé. C'est ce moment qu'on cherche à atteindre pour formuler les suggestions thérapeutiques.

De par son propre vécu sous hypnose, on sent combien est grande la dépendance et le désir de s'en remettre complètement à l'autre. L'hypnose apparaît comme une longue incantation qui conduit à confondre son désir et celui de l'autre : c'est l'hypnotiseur qui agit et qui veut, qui parle et qui désire. On se laisse aller au plaisir de la passivité ; il s'agit d'une "remise de sa personne et de son sentiment de sécurité entre les mains d'un autre" (Kubie).

Chez l'hypnothérapeute, tout ceci se traduit parfois dans une certaine lassitude qu'il ressent après plusieurs cures. En effet, après une première phase du traitement où le thérapeute attend une réponse adéquate

du patient, c'est-à-dire une participation passive, la deuxième phase, en cas de succès, n'aboutit à aucun dialogue, mais seulement à des réponses stéréotypées. Mais cette lassitude est elle-même révélatrice des profonds bouleversements survenus dans la relation patient-thérapeute.

Peut-être une approche aussi directe du désir du sujet dans sa relation au désir de l'autre, ou de sa dépendance à l'égard de l'autre, nécessite-t-elle pour le patient de se donner le change du sommeil, ce qui explique d'une certaine manière la relation entre sommeil et hypnose.

Gill et Brenman vont ainsi jusqu'à suggérer que l'hypnose constitue pour le sujet un "alibi" quant à sa responsabilité, permettant une plus grande spontanéité : "Parfois la simple invite à la régression que constitue la tentative d'induction permet au malade de beaucoup plus se livrer et d'avoir un accès plus libre à un matériel caché".

Cette découverte d'un matériel relationnel nouveau apparu à la suite des séances d'hypnose, s'est révélée fondamentale dans nos observations cliniques. On peut se demander cependant si son maniement délicat et l'attention qui lui fut portée n'ont pas en même temps empêché d'obtenir des états hypnotiques plus profonds et plus spectaculaires, tels que des états de somnambulisme. L'orientation psychothérapique, redoutant l'écrasement de la relation verbale, a peut-être limité les effets de la méthode sur la profondeur même de la "transe". Mais l'hypnose médicale a permis le plus souvent l'établissement d'une relation psychothérapique dynamique et mobilisable à l'aide de ce matériel relationnel nouveau, inaccessible par d'autres moyens.

CONCLUSIONS

Après la description de la méthode utilisée, basée sur l'induction par fixation du regard et une série de suggestions d'abord comparables aux formules du training autogène, puis adaptées aux symptômes du malade, nous avons rendu compte des résultats obtenus par l'hypnose chez 46 patients.

Chez tous ces sujets, non psychotiques, l'hypnose fut proposée à la demande des médecins responsables des cas, ceci d'une part afin de voir ce que donnait cette nouvelle méthode, d'autre part afin d'essayer l'hypnose alors que rien d'autre n'avait réussi. L'exposé des observations résulte de ces faits : huit groupes diagnostiques, au matériel clinique très variable quantitativement selon les groupes, ont été classés. Nous avons ainsi distingué 14 névroses hystériques, 5 névroses post-traumatiques, 8 dépressions et hypocondries, 5 cas d'éthylisme, 5 affections psycho-somatiques, 6 cas de pathologie fonctionnelle de divers ordres, une névrose obsessionnelle et 2 névroses phobiques atypiques.

Ces sujets étaient inaccessibles au training autogène ou à la psychothérapie verbale (ou avaient usé de ces méthodes sans succès) en raison d'un QI trop faible, de la négation de tout facteur psychologique dans la genèse de la maladie ou du peu de capacités d'expression verbale ; en raison également de la personnalité très passive de la majorité des patients ne permettant guère une approche psychothérapique en profondeur demandant un effort de leur part ; en raison enfin de la gêne apportée par le symptôme dans la relation médecin-malade.

Plus de 80% des sujets se sont révélés hypnotisables, soit 38 patients sur 46, parmi lesquels on a pu distinguer 24 états hypnotiques profonds et 14 états hypnotiques superficiels. Il s'agissait dans la majorité des cas de personnalités passives, soumises et dépendantes, mais nous avons relevé quelques cas où la motivation, la "nécessité de guérir" créait par elle-même une situation de dépendance et de soumission à l'égard du thérapeute. Les huit patients réfractaires à l'hypnose présentaient tous une névrose fixée, voire caractérialisée.

Parmi les 38 sujets hypnotisables, on a relevé 7 très bons résultats avec disparition totale et durable des symptômes, 19 cas améliorés avec atténuation nette de la symptomatologie et 12 échecs, sans modification du symptôme par l'hypnose. Nous n'avons ainsi pas pu mettre en évidence de relation directe entre la profondeur de l'hypnose et le résultat thérapeutique.

En fait, c'est dans la relation médecin-malade que l'hypnose semble avoir eu les effets les plus profonds. Dans plus de 75% des cas nous avons pu constater une amélioration de la relation psychothérapique ; elle fut très nette chez 26 malades, moins marquée chez 9 autres. Tous ces sujets ont présenté ainsi moins de défenses, acceptant de s'examiner eux-mêmes, admettant "de l'intérieur" l'idée d'un lien entre leurs troubles et leurs conflits, collaborant activement au traitement et s'exprimant mieux.

Une psychothérapie verbale, un training autogène ou une hypnose active graduée ont alors pu être entrepris avec succès à la suite du traitement hypnothérapique dans la moitié des cas.

L'intérêt théorique de la méthode hypnotique est apparu dans l'étude de quelques-uns des éléments dynamiques qui entrent en jeu.

Nous avons pu ainsi aborder l'aspect de transgression que présente l'hypnose pour le médecin, puis la notion de régression du sujet, déterminée essentiellement par l'action du langage au niveau du corps. Nous avons été conduit au problème de l'efficacité du langage appliqué directement au symptôme, l'hypnose aboutissant finalement au plaisir de la passivité, de l'abandon et de la soumission du sujet, avec les profondes résonnances érotiques qu'implique une telle situation.

Mais l'essence même de l'hypnose échappe encore à toute explication rationnelle ; devant l'absence de spécificité du phénomène, il a paru nécessaire de s'en tenir à une technique précise. Cette technique codifiée, mais restant souple, est le point de référence commun à l'hypnose destinée à faire disparaître un symptôme de conversion gênant, et donc accompagnée de suggestions précises et impératives, et de l'hypnose destinée à obtenir un effet de sédation et de détente.

L'hypnothérapie s'est révélée ainsi un moyen thérapeutique applicable à des patients qui restaient le plus souvent inaccessibles aux thérapeutiques habituelles. Alors que nous redoutions l'écrasement de la relation verbale sous un transfert hypnotique massif plus ou moins magique, on a assisté au contraire à l'établissement d'une relation dynamique, grâce à un matériel relationnel nouveau. L'hypnose constitue donc, parmi les psychothérapies, une méthode d'un grand intérêt pratique et théorique.

VU

Strasbourg, le 31 mai 1967

LE PRESIDENT DE THESE

Signé :

Th. KAMMERER

VU

Strasbourg, le 31 mai 1967

POUR LE DOYEN DE LA FACULTE
DE MEDECINE

LE PROFESSEUR DELEGUE

Signé :

F. STEPHAN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Strasbourg, le 3 juin 1967

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE
PRESIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITE

Signé :

M. BAYEN

BIBLIOGRAPHIE

ABOULKER, P., CHERTOK, L., SAPIR, M. :-La Relaxation, aspects théoriques et pratiques. 3e éd. augmentée. 320 p. Paris, Expansion Scientifique Française, 1964.

ABRAHAM, G. : -A propos de quelques cas de résistance à l'induction hypnotique, in J. LASSNER, éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 7-11.

ALBERT, A. : - L'hypnotisme dans la médecine. Diagrammes 20, 88 p. 1958.

AS, A. : - Hypnosis as Subjective Experience, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit., pp. 1-6.

BABINSKI, J. : - Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme. Chartres 1906. In 8e.

BASSINE, P.W. :-L'inconscient du point de vue pavlovien et selon la cybernétique, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 29-34.

BERNHEIM, H. :-Définition et Conception des mots Suggestion et Hypnotisme - Revue de l'Hypnotisme et de la psychologie physiologique, 1892, pp. 86-92 et pp. 109-114.

BERNHEIM, H. :-Hypnotisme, suggestion, psychothérapie - Revue de l'Hypnotisme et de la Psychologie physiologique, 1891, pp. 161-166.

BERNHEIM, H. :-Les suggestions criminelles - Revue de l'Hypnotisme et de la Psychologie physiologique, 1890, pp. 260-267 et pp. 293-301.

BRISSET, Ch. : -Regard historique sur l'hypnose - Cahiers Laënnec 1965, n° 2, pp. 4-23.

BUSER, P., CHERTOK L., FONTAINE M., VIALA G. :-Mécanismes sensoriels et moteurs dans l'immobilisation hypnotique chez le lapin, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit., pp. 54-60.

CALANDRI, F. : - L'utilisation de l'hypnose dans la rééducation des poliomyélitiques, in J. LASSNER, éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 61-64.

CEDERCREUTZ, C. et UUSITALO, E. : - Hypnotic Treatment of Phantom Sensations in 37 Amputees, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit., pp. 64-65.

CHARCOT : - Du somnambulisme spontané avec double personnalité. Revue de l'Hypnotisme et de la Psychologie physiologique, 1891, pp. 343-347.

CHARCOT : - Sur un cas d'amnésie rétrograde et antérograde. Revue de l'Hypnotisme et de la Psychologie physiologique, 1892, pp. 334-337.

CHERTOK, L. : - L'hypnose depuis le premier Congrès International tenu à Paris en 1889, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 67-82.

CHERTOK, L. : - L'hypnose, 3e édition - Paris : Masson, 1963.

CHERTOK, L. : - Théories de l'hypnose animale - L'évolution psychiatrique - 1963. T. 28, Fasc. 3, pp. 407-430.

COURCHET, J. : - Un cas de clinique d'hypnose à forme léthargique et cataleptoïde provoquée par la fascination. Signes neurologiques de la série sous-corticale. Sce du 24-5-1954. Annales médico-psychologiques. 1954, T. 2, pp. 74-75.

DALAL, A.S. : - An Empirical Approach to Hypnosis - Archives of General Psychiatry 1966 - Vol. 15 n° 2, pp. 151-157.

DONNET, J.L.: - Hypnose et transfert - Cahiers Laënnec 1965 n° 2, pp. 31-43.

DONNET, J.L.: - La suggestion comme concept. Entretiens psychiatriques 1960, n° 9.

ERICKSON, M.H.: - An Introduction to the Study and Application of Hypnosis for Pain Control, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 83-90.

EY, H. et BARTE, H. : - L'isolement sensoriel. La Presse Médicale 34, pp. 1675-1678- 1963.

FREUD, S. : - Psychologie collective et analyse du moi. In : Essais de psychanalyse. Paris. Payot 1951.

FREUD, S. : - Ma vie et la psychanalyse. Paris - Gallimard - 1949.

GILL, M. et BRENMAN, H. : - Hypnosis and related states - New-York : International Universities Press 1959.

GUEGUEN, J. : - Problèmes pratiques posés par la réalisation de l'analgésie hypnotique au cours de l'accouchement, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine op. cit. pp. 126-130.

HARDING, C.H. : - Hypnosis in the Treatment of Migraine, in J.LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 131-134.

HELD, R.R. : - Hypnotisme, Hystérie, Relaxation : Mythes et Réalités, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 135-142.

HOUGHTON L.E. : - Hypnosis and Auto-hypnosis in the Treatment of Asthma, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 157-159.

ISRAEL, L. et Mlle NORTH : - Incidence médico-légale d'un délire de sorcellerie : exorcisme ayant entraîné la mort d'un enfant - Cahiers de psychiatrie, 1961, n° 15, pp. 72-85.

JUS A. et JUS K. : - Etude neurophysiologique de l'inconscient, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 172-179.

KAMMERER, Th. : - La relaxation en neuropsychiatrie, in ABOULKER et coll. La relaxation, aspects théoriques et pratiques, pp. 225-237.

KAMMERER, Th., DURAND DE BOUSINGEN, R. :-La relaxation (indications en médecine psychosomatique) Strasbourg médical, 1961, 1, pp. 1-7.

KAMMERER, Th., DURAND DE BOUSINGEN, R. : - Training autogène et psychothérapie : indications en neuropsychiatrie (adultes et enfants), L'Information Psychiatrique, févr. 1964, 2, pp. 115-123.

KISSEL - BARRUCAND : - Le sommeil hypnotique d'après l'Ecole de Nancy (A. Liebault 1823-1904 - H. Bernheim : 1837-1919). L'encéphale - T. 53, n° 5, 1964, pp. 571-588.

KRETSCHMER, E. : - Hypnose Fractionnée Active, in ABOULKER et coll., La relaxation, aspects théoriques et pratiques, pp. 299-308.

KUBIE, L.S. : - L'hypnotisme. Terrain de choix pour les recherches psycho-physiologiques et psychanalytiques. Revue de médecine psycho-somatique - T. V, n° 3, 1963, pp. 213-233.

KUBIE, L.S. et MARGOLIN, S. : - The process of hypnotism and the nature of the hypnotic state. Am J. Psychiat. 100, 1944, pp. 611-622.

LANGEN, D. : - Die gestufte Aktivhypnose in der Thérapie psychosomatischer Krankheiten, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 194-199.

LANGEN, D. : - Différence entre l'hypnose fractionnée et l'hypnose active graduée - Revue de Médecine psychosomatique - T. 3, 1961, p. 59.

LANGEN, D. : - Hypnose - archaise Ektase und Versenkung - Confinia Psychiatrica - Vol. 4, 1961, p. 228.

LASSNER, J., Ed. : - Hypnosis and Psychosomatic Medicine : Mémoires du Congrès International d'Hypnose et de Médecine Psycho-somatique : Paris 1965. Berlin-Heidelberg, Springer-Verlag, 1967.

LASSNER, J. : - Hypnose et anesthésiologie. Cahiers Laënnec n° 2, 1965, pp. 44-52.

LE BLOND, J.M. : - L'Eglise et l'hypnose. Cahiers Laënnec n° 2, 1965, pp. 53-62.

LEVI-STRAUSS, C. : - Anthropologie structurale, 447 p., Paris, Plon, 1958.

MEARES, A. : - Anxiety and Hypnosis, in J. LASSNER, éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 217-224.

NEVEU, P. : - Psychothérapies d'induction : procédés anciens et modernes d'hypnose et de suggestions - Congrès de psychiatrie et de Neurologie de langue française. Marseille 1964- T. 1, pp. 632-637.

PACHECO E SILVA, A.C. : - L'hypnose dans le traitement de l'alcoolisme, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 233-235.

PARCHEMINEY, G. : - Quelques aspects du problème de l'hypnose. L'évolution psychiatrique n° 3, 1932, p. 77.

PATERSON, A.S., BRACCHI, F., PASSERINI, D., SPINELLI, D. et BLACK,S. : - Etudes sur la physiologie de l'hypnose - Cahiers Laënnec n° 2, 1965, pp. 24-30.

PATERSON, A.S., BRACCHI, F., PASSERINI, D. : - Une comparaison de l'apprentissage par conditionnement et d'apprentissage par suggestion sous hypnose - Communication. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (Lausanne 1965) - T. 1, 1966, pp. 490-497.

PICHOT, P., BARUCAND, D., PERSE, J. : - L'attitude d'acquiescement comme déterminant de l'effet placebo, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 242-247.

PITRES, A. : - Des variations de la personnalité dans les états hypnotiques. Revue de l'Hypnotisme et de la Psychologie physiologique - 1891 - pp. 175-178 et 196-204.

POWER, E., CALAMERA, J.C., NARVAIZ DE KANTER, I. : - La lactacidémie dans la fatigue suggérée en hypnose moyenne et profonde, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 248-252.

ROCARD, Y. : - Un mode éventuel d'action magnétique sur la matière vivante, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 264-268.

ROJNOV, V.E. : - Les mécanismes des différentes profondeurs de l'hypnose, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine, op. cit. pp. 269-275.

ROSEN, H. : Hypnosis. The Encyclopedia of Mental Health - 1963, Vol. 3, pp. 800-817.

SAPIR, M., COHEN S. (Mme), PHILIBERT R., REVERCHON F. : - Le training autogène par petits groupes, d'intention psychanalytique, in J. LASSNER, éd. Hypnosis and Psychosomatic Medicine op. cit. pp. 284-290;

SCHULTZ, J.H. : - Problematik der Abstinenzformel, in J. LASSNER éd., Hypnosis and Psychosomatic Medicine op. cit. pp.291-298.

SCHULTZ, J.H. : - Le training autogène : Méthode de relaxation par autodécontraction concentrative. Essai pratique et clinique. Adaptation française par DURAND DE BOUSINGEN R. et BECKER Y., 3e éd. revue et augmentée par D. de B. et GEISSMANN P., Paris. P.U.F. 1964, 288 p.

SCHULTZ, J.H. : - Méthodes apparentées au training autogène - Revue de médecine psycho-somatique T. 6, n° 2, 1964, pp.175-192 et T. 6 n° 3, 1964, pp. 261-276.

SCHULTZ, J.H. : - Méthodes apparentées au training autogène - Revue de médecine psycho-somatique T. 7, n° 3, 1965, pp. 277-293.

STOKVIS, B. : - Etude de l'influence de l'hypnose sur la pression du sang, à l'aide d'une nouvelle méthode d'enregistrement automatique ininterrompue. Journal de physiologie 35 n° 3, 1937, p. 691.

STOKVIS, B., LANGEN, D. : - Lehrbuch der Hypnose, 2e éd., 104 p., Bâle, Karger, 1965.

STUCHLIK , J. : - Deux types fondamentaux de suggestion - Annales médico-psychologiques n° 2, T. 1, 1966, pp. 161-167.

STUCHLIK , J. : - La conception psychologique de l'hypnose et de la suggestion - Annales médico-psychologiques n° 5, T. 1, 1961, pp. 701-712.

VOUTSINAS, D. : - Hypnose, suggestion, hystérie. Bulletin de psychologie T. 1, 1960, pp. 161-185.

TABLE DES MATIERES

-=-=-=-=-

	pages
INTRODUCTION ET HISTORIQUE	1
CHAPITRE I : DESCRIPTION DE LA METHODE	4
CHAPITRE II : ETUDE CLINIQUE	18
I - METHODES DE TRAVAIL	18
II - DESCRIPTION DES CAS	25
A. Névrose hystérique	25
B. Névrose post-traumatique	45
C. Dépression et hypocondrie	54
D. Ethylisme	61
E. Affections psychosomatiques	66
F. Pathologie fonctionnelle de divers ordres	78
G. Névrose obsessionnelle	86
H. Névrose phobique	88
CHAPITRE III : INTERET DE LA METHODE	91
I - Intérêt pratique	92
II - Intérêt théorique	98
CONCLUSIONS	105
BIBLIOGRAPHIE	109

Imprimé par la Coopérative de l'A. F. G. E. S. STRASBOURG